

# Masteroppgave

## ***”Humorens ansikt bak munnbind og hette”***

”Hvordan uttrykkes og gis humor mening gjennom operasjonssykepleieres samhandlinger?”

*Anne Lind Jølstad*



Det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

UNIVERSITETET I OSLO

Innlevering 24. juni 2008

## Forord

Jeg ser tilbake på tre års studier med glede. Det er et privilegium å få lære, få dypere innsikt og flere perspektiver. Medstudenter har bidratt til å gjøre studietiden rikere, og spesielt medlemmene av studiegruppen ”den heldige treenighet”, bestående av Laila, Ragnvald og Viktoria.

En kjempestor takk til Elisabeth Fransson for klok og kunnskapsrik veiledning, og fordi hun hele tiden hadde tro på mitt prosjekt. En stor takk til mine barn, Elisabeth og Øystein, som på ulike måter har bidratt til oppgaven. Øysteins kreative idé med papirrull ble en skapende og forløsende metode som gjorde det enklere å visualisere og sortere tanker og ord i en periode med skrivesperre. Forløsende har også Øysteins nådeløse, ironiske, men også humoristiske parodier av en studerende mamma vært. En velfortjent takk til Elisabeth for flott hjelp til bilder, og for tallrike oppmuntringer underveis.

En oppriktig takk til min mann Øivind, som med sitt kritiske blikk har bidratt til en uvurderlig språkvask med særlig fokus på mine lange, innskutte bisetninger. En ydmyk takk til fire søstere Toril, Kari, Jorunn og Solveig, samt gode venner, for tålmodig forståelse når jeg har vært nødt til å prioritere studier fremfor sosialt samvær og andre oppgaver.

En uforbeholden takk til alle dere som har vært informanter, både gjennom intervjuer og feltarbeid! En stor takk til Karin, Endre, Låra, Lisbeth og Liv som har stilt opp som fotomodeller, og til kolleger som har oppmuntret underveis. Jeg gleder meg veldig til å jobbe sammen med dere igjen! Venninne Marit, og kollega Marit fortjener begge en varm takk for god hjelp til korrekturlesing. Takk også til Åge Grønning som har bidratt med to tegninger på oppdrag.

Jeg tror min interesse for humor ble vekket gjennom oppvekst i et hjem med mange søsken, og ofte mye kaos. Samtidig opplevde jeg at våre foreldre evnet å ta brodden av dagliglivets mange gjenstridigheter nettopp gjennom et humoristisk perspektiv. Takk mamma, for alle dine morsomme og gøyale påfunn, gjennom latter, sanger og dikt. Takk pappa, for alle dine underfundige og vise kommentarer, alltid med en humoristisk snert gjennom alle livets faser og nyanser. Derfor vil jeg, uten sammenligning for øvrig, si som Arthur Arntzen:

*”Om du ikkje ha lært dæ å flire i unge og avgjörandes år, ja, da har du ingenting å flire av seinar i livet når motbakkan kjæm”* (Snerte og Arntzen, 2007, s. 9).

<b>Navn:</b> Anne Lind Jølstad	<b>Dato:</b> 24. juni 2008
<b>Tittel og problemstilling:</b>  ”Humorens ansikt bak munnbind og hette”  ”Hvordan uttrykkes og gis humor mening gjennom operasjonssykepleieres samhandlinger?”	
<b>Sammendrag:</b>  <p><b>Formål:</b> Oppgavens intensjon er å løfte frem og tydeliggjøre humor som sosialt fenomen blant operasjonssykepleiere ut ifra et samhandlingsperspektiv. Ved å fokusere på humor har også temaer som kjønn og makt blitt synliggjort.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b> Den overordnede teoretiske referanserammen er sosial samhandlings-teori representert ved den canadiske sosiologen Erving Goffman. I oppgaven bruker jeg noen utvalgte begreper som; teatermetaforen, samhandlingsordenes sui generis, ansikt til ansikt samhandlinger, opptredener og roller, rammebegrepet, ritualer og det hellige selvet. I tillegg har jeg med perspektiver fra humorforskning, omsorg, kjønn og makt.</p> <p><b>Metode:</b> Ut ifra oppgavens problemstilling og teoretiske referanseramme, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Gjennom et feltarbeid har jeg fått mulighet til å studere humor blant operasjonssykepleiere slik den kommer til uttrykk gjennom deres daglige samhandlinger. Jeg var deltagende observatør i en operasjonsavdeling over en periode på seks uker. I tillegg har jeg utført tre intervjuer med operasjonssykepleiere fra et annet sykehus. Som analysemetode har jeg, i tillegg til Goffman, latt meg inspirere av Katrine Fangens tre fortolkningsstadier.</p> <p><b>Resultater:</b> Undersøkelsen viser at humor brukes på ulike måter i ulike situasjoner. Videre at humor brukes noe forskjellig av kvinner og menn. Humorens grenser var et tema som gikk igjen. Jeg har valgt å analysere humor knyttet til tre temaer under overskriftene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operasjonssykepleie – en scene for kvinner?</li> <li>• Humorens grenser og rammer.</li> <li>• Humorens betydning og mening for samhandling.</li> </ul> <p><b>Konklusjon:</b> Med humor som innfallsvinkel har jeg analysert operasjonssykepleieres samhandlinger. Gjennom dette arbeidet har jeg særlig blitt oppmerksom på hvordan humor blant operasjonssykepleiere er sammenvevet med kjønn og makt med hensyn til hvor, hvordan og når de bruker humor. Ved å anvende Goffmans begreper opplever jeg at humorens grenser synliggjøres gjennom de ulike reglene og rammene for adferd som gjelder, både ”frontstage”, som jeg tolker som operasjonsstua, og ”backstage”, som jeg tolker som vaktrommet.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> Operasjonssykepleiere, humor, samhandling, grenser, mening, omsorg, kjønn og makt.	

<b>Name:</b> Anne Lind Jølstad	<b>Date:</b> June 24th 2008
<b>Title and Research Problem:</b>  “ The face of humour behind the surgical masks and hats”  “How do Operating Room nurses express and give meaning to humour during interactions?”	
<b>Summary:</b>  <p><b>Purpose:</b> The purpose of the study is to focus on humour as a social phenomenon among Operating Room nurses. By focusing humour other issues as gender and power within the hierarchical hospital institutions are made visible. The study is conducted in a relational perspective.</p> <p><b>Theoretical framework:</b> The main theoretical framework used in this thesis is the theory of social interaction represented by the Canadian sociologist Erving Goffman. In the study I specifically use concepts such as; the theatre metaphor, the interaction order, face-to-face interactions, performances and roles, conceptual frame, rituals and the self as a sacred object. In addition I have used theories regarding humour, care, gender and power.</p> <p><b>Method:</b> This is a qualitative field study. Through a period of six weeks I was a participating observer in an operating department examining various facade or expressions of humour among interacting OR nurses. I have also interviewed three OR nurses from a different hospital. Aside from Goffman, I was also inspired by Katrine Fangen, and used her theory regarding three interpretative stages in analyzing the data.</p> <p><b>Results:</b> The study showed that humour is used in various ways and in different situations. There is a difference between when humour is used, by whom and in which ways. I find three main issues relating to humour in my research, and they are analyzed in the following three themes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operating Room nursing – a scene for women?</li> <li>• The margins and boundaries of humour.</li> <li>• The meaning of humour, and its significance to social interaction.</li> </ul> <p><b>Conclusion:</b> The study focus social interactions among OR nurses with regards to humour. Through the study, I have gained better understanding about when, by whom and in which ways humour is used and how it is intertwined with gender and power. By using Goffman’s concepts, I found that the boundaries of humour can be emphasized through distinct rules and behavioural constraints. This concerns both the ”frontstage”, the operating room, and ”backstage”, the staff room.</p>	
<b>Key words:</b> Operating Room Nurse, humour, interaction, boundaries, meaning, care, gender and power.	

# Innholdsfortegnelse:

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Oppgavens tittel.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3	Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.4	Avklaringer og avgrensninger.....	4
1.5	Oppgavens hensikt.....	4
1.6	Oppgavens disposisjon.....	5
1.7	Adgang forbudt - Velkommen inn!.....	6
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>12</b>
2.1	Kontekstualisering.....	12
2.1.1	Operasjonssykepleiens historie.....	12
2.1.2	Sykepleie og omsorg i et tradisjonelt perspektiv.....	14
2.1.2.1	Menn i sykepleien.....	16
2.1.2.2	Omsorg og makt.....	17
2.1.3	Forståelse av kjønn.....	18
2.1.4	Humor.....	19
2.1.5	Tilbakeblikk på humorens historie.....	20
2.1.6	Hva er humor?.....	22
2.1.7	Humorforsker Sven Svebak: ”En god latter forlenger livet!”.....	23
2.1.8	Humor i et sosialt og kulturelt perspektiv.....	25
2.1.9	Humor og kjønn.....	25
2.2	Sentrale begreper hos Erving Goffman.....	26
2.2.1	Samhandlingsordenen sui generis.....	28
2.2.2	Ansikt til ansikt samhandlinger.....	28
2.2.3	Opptredener og roller.....	29
2.2.4	Rammebegrepet.....	31
2.2.5	Ritualer og det hellige selvet.....	32
<b>3</b>	<b>Metodisk tilnærming.....</b>	<b>35</b>
3.1	Design og metode.....	35
3.2	Deltagende observasjon.....	35
3.2.1	Interaksjonistisk perspektiv.....	36
3.2.2	Datainnsamling.....	36
3.2.3	Tilgang til feltet.....	37
3.2.4	Presentasjon av observasjonsavdelingen.....	38
3.2.5	Utvelging av informanter.....	38
3.3	Forforståelse.....	39
3.4	Forskerrollen.....	41
3.4.1	Skjervheims deltager- og tilskuer perspektiv.....	41
3.4.2	Ulike forskerroller.....	42
3.4.3	Åpenhet og refleksjon.....	45
3.4.4	Nærhet og distanse.....	47
3.5	Etiske refleksjoner og vurderinger.....	49
3.6	Validitet og reliabilitet - Troverdighet og pålitelighet.....	52
3.7	Analysemetoder.....	54
3.7.1	Fangens tre fortolkningsstadier.....	55

<b>4</b>	<b>Presentasjon og analyse .....</b>	<b>58</b>
4.1	Teater som metafor .....	58
4.2	Helhetsinntrykk: "The Phantom of the Operating Theatre" .....	58
4.3	Presentasjon av temaer .....	65
4.4	Operasjonssykepleie – en scene for kvinner? .....	66
4.4.1	Tradisjon – omsorg .....	68
4.4.2	Omsorg og makt .....	69
4.4.3	Hierarki og posisjonering .....	71
4.4.3.1	Ulike lag .....	72
4.4.4	"Assistanserollen" .....	73
4.4.5	Operasjonssykepleie – adgang forbudt for menn? .....	76
4.5	Humorens grenser og rammer .....	81
4.5.1	Hva er en grense? .....	82
4.5.2	Drama bak lukkede dører .....	83
4.5.3	Informantenes grenser for bruk av humor .....	84
4.5.4	Stillhetens budskap .....	85
4.5.5	Rammer .....	87
4.5.5.1	"Flooding out" .....	89
4.5.6	Det hellige selvet .....	91
4.6	Humorens mening og betydning for samhandling .....	92
4.6.1	Humor som reparasjonsrituale .....	92
4.6.2	Lek med roller .....	96
4.6.2.1	"Hemmelig forståelse" .....	97
4.6.3	Humor som kollegastøtte .....	98
4.6.4	Operasjonssykepleiernes "akutt-tralle" .....	102
<b>5</b>	<b>Oppsummering og tanker videre .....</b>	<b>106</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>109</b>
	<b>Vedlegg 1: .....</b>	<b>114</b>
	<b>Informasjonsskriv .....</b>	<b>114</b>
	<b>Vedlegg 2: .....</b>	<b>115</b>
	<b>Samtykkeerklæring om deltagelse i studien: .....</b>	<b>115</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Oppgavens tittel

Som tittel på oppgaven har jeg valgt: *”Humorens ansikt bak munnbind og hette”*. Det første jeg tenker på ved ordet ansikt er noe åpent, nakent og utilslørt. Et ansikt skjult bak munnbind og hette vil for meg ikke være åpent og utilslørt, men mer gi et hemmelighetsfullt uttrykk som ikke umiddelbart kan fanges. Gjennom tittelen ønsker jeg å vise til at humor blant operasjonssykepleiere muligens ikke fremstår klart og tydelig, men må studeres i sin kompleksitet og i sin flertydighet. Å være tildekket bak munnbind og hette gir meg en umiddelbar opplevelse av distanse, en slags fasade, en maske som skjuler et annet ansikt under.



*”Humorens ansikt bak munnbind og hette”*

I oppgaven bruker jeg sosiologen Erving Goffman (1922 – 1982) som teoretiker. Han tolker hverdagen som et drama, og bruker dramaturgiske perspektiver på det han kaller ansikt til ansikt samhandlinger. Goffman bruker teater som metafor for hvordan vi opptrer og spiller ulike roller på det han kaller scenen; ”frontstage”, og ”backstage”; bak scenen, eller bak kulissene (Goffman, 1992, s. 28). Jeg synes dette er en spennende metafor, spesielt fordi operasjonsavdeling på engelsk heter ”the operating theatre”. Operasjonssykepleiernes grønne arbeidsantrekk, og tildekking av ansikt og hår, gir meg et bilde av å være ikledd et kostyme for å spille en rolle i et teater. Så på mange måter leder tittelen ”Humorens ansikt bak munnbind og hette” direkte til Goffmans teatermetafor.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Temaet i denne oppgaven er humor i operasjonssykeavdelingen. Idéen til temaet fikk jeg i forbindelse med eksamen i kvalitative forskningsmetoder våren 2006, da jeg intervjuet en operasjonssykepleier om betydningen av fysisk trening for henne i jobben. Hun fortalte at i tillegg til fysisk trening, var ”trening av lattermuskulene” vel så viktig for henne for å takle jobben som operasjonssykepleier. Paradoksalt nok tok jeg der og da svaret hennes som en spøk. Da jeg senere skulle transkribere intervjuet ble jeg oppmerksom på med hvilket alvor hun fortalte om ”trening av lattermuskulene”. Det var ikke bare **hva** hun sa, men også **hvordan** hun sa det, som åpent øynene mine for alvor i utsagnet. Hun sa: ”Jeg tror at latter og humor er en måte å ventilere på, utligne trykk - innvendig”. Videre fortalte hun på en overbevisende måte om hvordan hun bevisst brukte humor for å ”utligne trykk” i en krevende, og til tider stressende arbeidsdag.

Operasjonssykepleierens uttalelse overrasket og fascinerte meg, og vekket min nysgjerrighet i forhold til humor som meningsskapende kategori i operasjonssykepleie. Å analysere handler også om å se etter overraskelser i et datamateriale, og for meg ble humor den analytiske overraskelsen. Jeg opplevde idéen som genial, helt til jeg fortalte andre om den. Noen ble svært begeistret, og ansiktene lyste opp. Noen snurpet munnen igjen uten flere kommentarer. Ingen betvilte betydningen av humor, men jeg fikk et inntrykk av at humor ikke var seriøst nok til å forske på. Men hvis vi stiller spørsmålet: ”Prøv å tenke deg livet, eller arbeidslivet, uten humor”, fremtrer humorens betydning i hverdagen. Spørsmålet tydeliggjør for meg humorens betydning i mitt liv på en så overbevisende måte at jeg ønsker å ta operasjonssykepleierens uttalelse om humor på alvor.

Professor Sven Svebak, en av landets fremste innen humorforskning, hevder at alle som har ansvar for andre mennesker bør ha kunnskap om humor (Svebak, 2000, s. 7). Han hevder at mennesker som har makt til å bestemme over andres skjebner, men som mangler humoristisk sans, kan påføre andre stor skade. Videre knytter Svebak bruk av humor opp mot sosial intelligens og empati (ibid). Svebak uttaler seg med dette normativt og nesten moralistisk, hva gjelder humorens betydning i menneskers hverdagsliv. En annen som har vært opptatt av normer er den canadiske sosiologen og antropologen Erving Goffman. Han har i sitt forfatterskap analysert betydningen av de tilsynelatende trivialiteter som skjer i hverdagen (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 17). Goffman hadde en særlig evne til å forstå det store i det små, og til å se det betydningsfulle i det tilsynelatende betydningsløse. Han hadde



sitt fokus på hverdagens små begivenheter (ibid). I oppgaven forstår jeg, inspirert av Goffman, humor som hverdagslig og som noe vi bruker både bevisst og ubevisst. Jeg ønsker å løfte frem og tydeliggjøre humor som uttrykk og meningskategori blant operasjonssykepleiere i en operasjonsavdeling.

Jeg har selv lang fartstid som operasjonssykepleier, og har erfart humor som både positivt og negativt i operasjonsavdelinger. Tidligere har jeg imidlertid ikke vært spesielt oppmerksom på betydningen av humor før jeg gjorde det førnevnte intervjuet. Operasjonssykepleiere arbeider i et hektisk og høyteknologisk miljø, som til tider kan oppleves krevende og stressende. Likevel er min erfaring at miljøet ofte preges av en lett og humørfylt tone, med mye smil og latter. I oppgaven ønsker jeg både å få frem smil og latter, men også humorens flertydighet, og hvordan humor er knyttet til kjønn og til makt.

### **1.3 Presentasjon av problemstillingen**

Etter flere år som lærer i operasjonssykepleie, opplever jeg fremdeles operasjonssykepleieryrket som spennende og fascinerende. Jeg ser imidlertid at operasjonssykepleie, i motsetning til sykepleie på sengeposter, kan være vanskelig tilgjengelig både for utenforstående og for kolleger innenfor andre felt. Operasjonssykepleiere arbeider bak ”lukkede dører”. De er uniformert i grønne arbeidsdrakter og er tildekket med munnbind og hetter. I denne oppgaven ønsker jeg å gløtte på døra inn til operasjonsavdelingen og gi bilder av hva som skjer der inne.

Problemstillingen jeg har valgt har følgende ordlyd: *”Hvordan uttrykkes og gis humor mening gjennom operasjonssykepleieres samhandlinger?”* Problemstillingen er utviklet med utgangspunkt i det empiriske materialet og i dialog med Goffmans teoretiske perspektiver på samhandlingsordenen, som beskrives som en sosial orden som kan analyseres gjennom menneskers ansikt til ansikt samhandlinger (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 18). Humor skjer imidlertid innenfor rammer hvor noen har mer makt til å bestemme enn andre. I oppgaven ønsker jeg derfor å knytte humor til begrepene kjønn og makt. Jeg er opptatt av hvilke aktører som tar i bruk humor og på hvilke måter de gjør det. Videre er jeg opptatt av humorens grenser, hva det er tillatt å spøke med, og hvor grensene går for det som ikke er tillatt, og hvilke konsekvenser det får når grenser brytes. Mitt fokus i oppgaven vil være hvordan humor kommer til uttrykk i sosial samhandling, og ikke på den individuelle betydningen av humor for operasjonssykepleierne. Jeg vil først og fremst studere humor mellom operasjonssykepleiere, men også i relasjoner mellom operasjonssykepleiere og andre yrkesgrupper som anestesisykepleiere og kirurger fordi de arbeider sammen i det kirurgiske

teamet. Utgangspunktet for undersøkelsen, og for den problemstillingen som er utviklet, er gjennom et feltarbeid jeg har utført i en operasjonsavdeling. I tillegg har jeg intervjuet operasjonssykepleiere fra et annet sykehus.

## **1.4 Avklaringer og avgrensninger**

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på operasjonssykepleiere, selv om de arbeider sammen med både anestesisykepleiere og kirurger i det kirurgiske teamet i operasjonsavdelingen. En slik avgrensning er begrunnet ut ifra forskningsetiske utfordringer i forhold til informert samtykke. Dette drøfter jeg nærmere i avsnittet om etiske utfordringer og vurderinger. Mitt prosjekt er en kvalitativ studie som baserer seg på feltarbeid bestående av deltagende observasjon og intervjuer. Jeg har observert i en operasjonsavdeling hvor de ansatte arbeider i tredelt turnus og som i tillegg til elektiv kirurgi, også behandler pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Operasjonssykepleiere kan i tillegg til å arbeide i operasjonsavdelinger, være ansatt på poliklinikker, dagkirurgiske enheter og sterilsentraler. Dette er avdelinger jeg ikke har inkludert i min studie.

De begrepene som anvendes i oppgaven har jeg valgt å definere underveis, både ved hjelp av forklaringer i teksten og ved fotnoter. For å variere språket i oppgaven, benevner jeg operasjonssykepleiere vekselvis som informanter, eller som kvinnelige og mannlige operasjonssykepleiere. Der jeg forteller en lengre episode fra feltstudiet har jeg gitt operasjonssykepleierne fiktive navn. Kirurg kalles også lege og operatør. Jeg presiserer underveis om det jeg skriver er hentet fra observasjonen eller fra intervjuene.

Jeg har valgt å illustrere masteroppgaven med noen bilder fra operasjonsavdelingen. Bildene har ingenting med informantene i datamaterialet å gjøre. Bilder jeg ikke har tatt selv er tatt av Elisabeth F. Jølstad. Åge Grønning har laget to tegninger til oppgaven. I tillegg har jeg hentet illustrasjoner fra Internett.

## **1.5 Oppgavens hensikt**

Min intensjon med masteroppgaven er å løfte frem og tydeliggjøre humor blant operasjonssykepleiere ut ifra et sosialt samhandlingsperspektiv. I dette ligger det at jeg ikke er interessert i den enkeltes humor eller hva humor som fenomen er. Det er hele tiden det relasjonelle som vil stå i sentrum for mitt fokus. Humor som sosialt fenomen engasjerer meg, og operasjonssykepleie som yrke fascinerer meg. Derfor håper jeg å kunne synliggjøre sider ved faget som til vanlig ikke er så lett å oppdage. Jeg ønsker å vise et bilde av

operasjonssykepleiere, med sin komplekse kompetanse, ut ifra et annerledes perspektiv enn slik de vanligvis blir fremstilt.

Mens jeg har funnet mye litteratur og forskning som belyser humor anvendt mellom pleier og pasient (Åstedt-Kurki m.fl., 2001, Christie, 2004, Olsson m.fl., 2001), er det minimalt med litteratur som omtaler humor i samhandlinger mellom operasjonssykepleiere. Jeg ønsker at min oppgave kan være et bidrag til den eksisterende litteraturen.

Oppgaven handler om det hverdagslige i en operasjonsavdeling, om det kontinuerlige arbeidet som foregår blant operasjonssykepleiere og de andre i det kirurgiske teamet, både på vaktrommet og inne på operasjonsstua. Når det gjelder min hensikt med oppgaven vil jeg sitere Dag Album som har følgende program for sin forskning:

”Viktigere enn å avsløre noe nesten ingen vet, er det å avsløre noe nesten alle vet. (...) Mitt ideal er å kunne fortelle noe fra sykehuset som gjør at leserne kan si, etter at de har lest hva jeg har skrevet, at de visste det fra før. Men det må være etterpå at de innser at de visste det” (Album, 1996, s. 226).

Jeg mener Album her både gir kreditt til det aktørene vet, samtidig som han løfter frem det ekstra som forskning kan bidra med. Gjennom å skrive en oppgave om humorens ansikt bak munnbind og hette, ønsker også jeg å være med på å avsløre noe av det nesten alle vet i en operasjonsavdeling, men som de forhåpentligvis ser tydeligere og kanskje også på litt andre måter etter å ha lest oppgaven. Jeg tenker at arbeidet med oppgaven også kan gi meg som lærer i operasjonssykepleie en dypere innsikt i operasjonssykepleiens mysterium, som stadig fascinerer meg og som jeg i møtet med studenter gjenoppdager, men som også ustanselig gir meg ny kunnskap og nye områder å undres på. Jeg tenker at det å være nysgjerrig på operasjonssykepleie er en viktig måte å være i dialog med studentene og med feltet på.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 1 redegjør jeg for oppgavens tittel, bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen. Istedenfor å definere begrepene enkeltvis har jeg valgt å presentere operasjonssykepleiere og operasjonsavdelingen gjennom et eget avsnitt jeg har kalt ”Adgang forbudt – velkommen inn!”

Kapittel 2 inneholder det teoretiske rammeverket jeg har valgt for oppgaven. Her vil jeg presentere og redegjøre for de viktigste perspektivene og begrepene som danner utgangspunkt for analysen. Som hovedelementer til analysen har jeg valgt ut sentrale begreper fra Goffmans

forfatterskap som samhandlingsordenen, teatermetaforen, rammebegrepet, ritualer og det hellige selvet. I tillegg redegjør jeg for forskning innen humor, samt en kontekstualisering med et tilbakeblikk på humorens historie, operasjonssykepleiens historie og perspektiver på omsorg, kjønn og makt.

Kapittel 3 beskriver og drøfter forskningsmessige metoder jeg har brukt, som observasjon og intervjuer. I tillegg belyses etiske utfordringer i forbindelse med prosjektet. Jeg har også valgt å presentere Katrine Fangens tre fortolkningsstadier som en metode for analyse i dette kapittelet.

I kapittel 4 presenterer jeg temaer, analyse og tolkning av datamaterialet. Som en innledning til analysen har jeg valgt å presentere mitt helhetsinntrykk fra observasjonen og intervjuene som et scenebilde jeg har konstruert ut ifra valgte sekvenser fra datamaterialet. Dette avsnittet har jeg kalt "The Phantom of the Operating Theatre", inspirert både av Goffmans teatermetafor og musikalen "The Phantom of the Opera".

I oppgavens siste kapittel oppsummerer jeg de viktigste funnene fra studien. I tillegg presenterer jeg mine tanker og idéer om videre arbeid og temaer som kunne være aktuelle å studere nærmere.

## 1.7 Adgang forbudt - Velkommen inn!



Kjære leser!

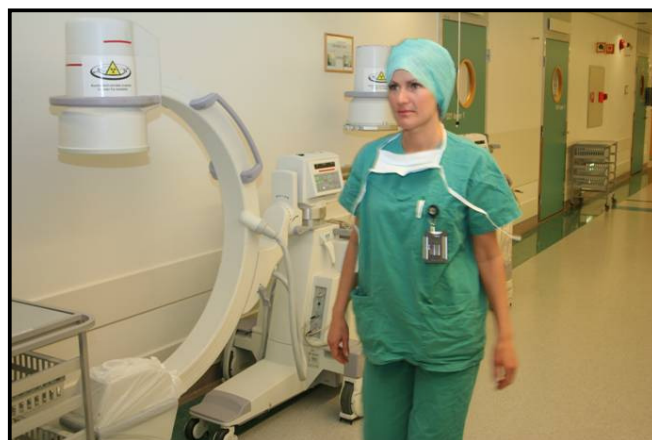
Det er både med spenning og stolthet jeg inviterer deg med inn bak de grønne, men lukkede dørene, som kan oppleves demonstrativt barrikaderte fordi det med store bokstaver står adgang forbudt. Jeg vil gjerne guide deg innenfor disse dørene, men jeg vil du skal vite at min erfaring og forståelse vil prege omvisningen. Omvisning vil kunne gi deg et innblikk i det

komplekse og interessante, men også utfordrende arbeidsstedet som en operasjonsavdeling kan være.

For å få adgang innenfor disse dørene forutsetter først og fremst i at vi må ”sluse” oss inn, noe som består i å fjerne klokke og smykker, ta på grønt arbeidsantrekk, dekke håret med en, etter mitt skjønn, lite flatterende hette for dernest å ta på tresko som tåler maskinvask. I operasjonsavdelingen kan antrekket virke formalistisk, og reglene for hygieniske prinsipper følges nidkjært for å forebygge infeksjoner hos operasjonspasienten.

Nå er vi inne på selve operasjonsgangen. Ser du alle de grønne dørene med de små runde vinduene som minner om køyer på store båter? Gjennom dem ser du rett inn på en operasjonsstue hvor det foregår en operasjon. Du stusser kanskje på hvor mange mennesker som er der inne, ofte kan det være så mange som seks til ti personer i tillegg til pasienten. Pasienten ligger på operasjonsbordet, dekket av grønne og sterile lakener. Ved siden av pasientens hode er det to personer, anestesisykepleieren og anestesilegen. Over pasienten står det to mannlige kirurger med bøyd hode. De opererer sammen. Ved siden av står en kvinnelig operasjonssykepleier. Hun lener seg på assistansebordet som også er dekket med grønne sterile lakener. Noe av alt det kirurgiske utstyret som brukes er lagt fram på en sirlig og lineær måte. Nederst i rommet er det ytterligere to personer, en operasjonssykepleier og en student.

Vi beveger oss bortover korridoren. Både kvinner og menn kledd i grønne arbeidsantrekk går forbi oss, alle med hetter i ulike fasonger på hodet. Enkelte har munnbindet på, noen med munnbindet under haken, og noen uten munnbind. En og annen hilser på oss, andre går forbi i hastig tempo mens de har blikket festet på noe foran seg. De store maskinene du ser plassert inntil veggen kalles C- buer, og er røntgenapparater som brukes ved enkelte operasjoner.



Vi stopper begge opp og snur oss i det vi hører barneskrik. Ut fra døren på operasjonsstua kommer en pleier og en mann gående med en liten baby pakket inn i hvitt bomullsteppe. De smiler i det de går forbi oss med det nyfødte barnet. Det må være jordmoren og barnets far. Jeg forteller at barnet har blitt forløst ved hjelp av keisersnitt. Den nyfødte skriker, jordmoren og faren smiler, så alt har nok gått svært så bra. Vi kikker så vidt inn gjennom det runde vinduet, og ser at keisersnittet er i ferd med å avsluttes.

Foran en stor tavle på veggen står tre ansatte og prater sammen. De ler og gestikulerer med hendene. En kvinnelig operasjonssykepleier går forbi oss med en tralle fylt med flerfoldige grønne pakker og store stålcontainere. Jeg kommenterer at hun finner fram utstyr til en ny operasjon. Telefoner ringer, callinger piper, og mennesker haster forbi. Det summer av mennesker og av travle lyder. På tavlen står dagens operasjonsprogram, samt hvem som skal være på hvilken stue. På den ene siden av tavlen henger forskjellige skriv med informasjon om ferier, møter og beskjeder til de ansatte. Et skriv med følgende tekst fanger vår oppmerksomhet: "Ny elektronisk stol til legene står på utsiden av lageret!"

Jeg foreslår at vi går og setter oss litt på vaktrommet, som av hygieniske årsaker er plassert i utkanten av avdelingen. Her er sofaer, kjøkkenbenk, oppvaskmaskin, tv og pc. Store vinduer slipper sollyset inn. Utsikten ut er nydelig der vi skimter sjøen i det fjerne. På bordet dominerer kaffekanner, tuber med håndkrem, et fruktfat og Mariekjeks i en skål. Sannelig er noen sokker også henslengt på bordet. Den type sokker er til salgs. Midt på bordet ligger det en metallboks med kirurgisk utstyr. Noen studerer det inngående mens de diskuterer. Vi finner oss en rolig plass i et hjørne, forsyner oss med kaffe, og lytter til alle lydene av folk som prater, ler, drikker og diskuterer.

Jeg spør om du har lyst til å være med inn på en operasjonsstue og se hvordan en operasjon foregår. Men før vi slipper inn på en operasjonsstue må vi spørre om tillatelse, vaske oss godt på hendene og ta på munnbind. Vi må være med inn før selve operasjonen starter, for når operasjonen er i gang, skal ikke dørene åpnes unødig. Dette har blant annet med det spesielle anlegget for luftutskiftninger og overtrykk på operasjonsstua å gjøre, slik at forurenset luft ikke kommer inn. Vi får være med inn på operasjonsstua som gjester, og må holde oss i bakgrunnen slik at vi ikke forstyrrer de som jobber der eller uroer pasienten. Som uerfarne inne på stua er det mest hensiktsmessig å sitte eller stå rolig i et hjørne, slik at vi ikke uforvarent gjør sterilt utstyr usterilt. Utstyret er kostbart, og forebygging av infeksjoner er hele tiden i fokus.

Inne på operasjonsstua er det flere yrkesgrupper som arbeider sammen i team. Anestesisykepleier og anestesilege jobber sammen om å gi pasienten bedøvelse, enten full narkose eller regional anestesi som spinal<sup>1</sup> og epidural<sup>2</sup>. Kirurgene kommer som regel inn først når alle forberedelsene til operasjonen er ferdig. Forberedelsene kan ta fra en halv til halvannen time alt etter hvilket inngrep som skal utføres.

Det er alltid to operasjonssykepleiere til stede ved en operasjon. Jeg vil gjerne informere deg kort om noen av operasjonssykepleierens oppgaver. Du skal føle deg trygg på at de kan sin jobb hvis **du** skulle bli operasjonspasient. For å bli operasjonssykepleier må hun eller han, først være autorisert sykepleier med flere års erfaring fra praksis for å komme inn på videreutdanning i operasjonssykepleie - en utdanning som går over tre semestre og gir 90 studiepoeng. Utdanningen omfatter tre hovedemner, det første er sykepleiefaglig fordypning hvor det blir undervist i opplevelser og reaksjoner på akutt og/eller kritisk sykdom, kompetanse og fagutvikling, etikk, organisering, ledelse og miljø. Det andre emnet består av medisinske og naturvitenskapelige emner som fysiologi, patofysiologi, intensivmedisin, anatomi og kirurgi, mikrobiologi, infeksjonsmedisin, anestesilogi og farmakologi. Det tredje emnet innebærer selve operasjonssykepleiefagets utøvelse som deles inn i to funksjoner, den koordinerende funksjonen, og den steril utøvende funksjonen (Høgskolen i Vestfold, 2008, Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Jeg peker på operasjonssykepleieren som står kledd i steril frakk og hansker og som ordner med det sterile utstyret. Hennes funksjon er under denne operasjonen ”den steril utøvende funksjonen”. Hennes ansvarsområde er blant annet å samarbeide og medvirke i det kirurgiske teamet under selve operasjonen. Hun vet hvordan det medisinske og kirurgiske utstyret skal anvendes. Den andre operasjonssykepleieren, som er i vanlig grønt arbeidsantrekk, har i dag ”den koordinerende funksjonen”, som går ut på å samarbeide med det kirurgiske teamet, ivareta operasjonspasientens integritet og behov for omsorg. Hun er med og tar imot pasienten sammen med anestesisykepleieren, og gir informasjon til pasient og eventuelle pårørende. Alt som blir utført av sykepleietiltak blir dokumentert og rapportert til de som skal ivareta pasienten etter operasjonen (Høgskolen i Vestfold, 2008). Disse funksjonene bytter operasjonssykepleierne på i løpet av dagen, og de kan derfor utføre begge funksjonene godt.

---

<sup>1</sup> Spinal – ryggmargsbedøvelse.

<sup>2</sup> Epidural- bedøvelsesform hvor bedøvingsmiddelet gis gjennom injeksjon eller gjennom et kateter i spinalkanalen i korsryggen for å bedøve nerverøttene (Kåss og Marthilm, 1998).

Den store døren går opp, og pasienten blir trillet inn på operasjonsstua. Operasjonsbordet blir festet til en sokkel på golvet. Det føles litt kaldt i rommet, og pasienten får varme tepper på seg. Nå er det en periode med mange lyder som nok kan oppfattes som støy for pasienten. Det pakkes opp utstyr, folk kommer og går, inn og ut av dørene på stua. Plutselig sier anestesisykepleieren: "Nå starter vi!" Alle stopper opp med gjøremålene sine, og det blir helt stille. Nå skal pasienten få narkose, og det har stor betydning at det er stille og rolig når han skal sovne, for pasienten kan bli urolig hvis det er støy rundt ham i denne fasen. Hørselen er det siste som forsvinner og det første som kommer tilbake når narkosen er over (Valeberg, 2002, s. 74). Når pasienten sover, fortsetter forberedelsene til operasjonen. Pasienten skal ligge på siden under operasjonen, og alle må hjelpe til med å snu ham. Han legges til rette slik at det ikke blir klem på nerver eller blodtilførselen. Det kan gi skader å ligge i samme stilling i flere timer<sup>3</sup>. Deretter blir selve feltet der operasjonen skal utføres vasket med desinfeksjonsmiddel<sup>4</sup> etter bestemte prosedyrer for å forebygge infeksjoner. Dernest dekker den sterile utøvende operasjonssykepleieren pasienten med sterile lakener. Det kommer to mannlige kirurger inn på stua med hendene opp fordi de har utført kirurgisk håndvask før de kan kle seg sterilt. Den kvinnelige koordinerende operasjonssykepleieren hjelper dem med å ta på sterile frakker og hansker.

Så er det klart til at selve operasjonen starter, halvannen time etter at pasienten kom inn på stua på grunn av forberedelsene. Stemningen endrer seg når operatørene starter operasjonen. I noen sekunder står alt stille, og disse sekundene virker som en evighet. Det oppstår en slags stillhet, men ikke helt stille, mer dempede lyder som kan oppfattes som en akustisk resonans i det kalde og "sterile" rommet. Min opplevelse er at disse lydene har et budskap om konsentrasjon. Lydens landskap forandrer seg, og de mer stille lydene får komme i forgrunnen med sitt budskap som understreker alvoret i situasjonen. Lyden fra pasientens respirator, lyder fra apparater og kirurgiske instrumenter som er i bruk forsterker inntrykket. Stillheten vitner om en konsentrasjon som preger alle inne på stua. Kirurgene jobber med hodene tett sammen, og diskuterer lavt seg i mellom.

Vi ser oss omkring, og det slår oss hvor mye teknisk utstyr som er i rommet. Vi teller opp til 20 gjenstander, som diverse apparater, avlastningsbord til utstyr som står på golvet, og noe

---

<sup>3</sup> Å legge pasienten til rette på operasjonsbordet kalles leiring, og er et felles juridisk ansvar for alle i det kirurgiske teamet. Riktig leiring krever kunnskaper om anatomi og fysiologi slik at det ikke oppstår skader ved trykk eller strekk på nerver, blodkar, muskler, skjelett eller hud mens pasienten blir operert ((McEwen m.fl., 2007).

<sup>4</sup> Desinfeksjonsmiddel – bakteridrepende (antiseptisk) middel (Kåss og Marthilm, 1998).



står på hyller som er festet i taket slik at de kan skyves rundt. Det kan nesten se ut som et slags verksted, et verksted hvor mennesker blir reparert. På forhånd hadde vi snakket med en av operasjonssykepleierne. Hun forklarte at alt det tekniske utstyret nok ville virke overveldende på deg, men hun forsikret om at det var pasienten som var sentrum for jobben deres. Det er store krav til å mestre teknologisk utstyr, men også store krav til kunnskap og kompetanse om hvordan pasienten skal ivaretas tross stadig større krav til effektivitet og produksjon.

Under operasjonen må vi reise oss opp slik at vi bedre kan følge med på hva som skjer, noe som ikke er så enkelt på avstand. Uten sterile klær får vi ikke komme nærmere. Etter to timer endrer stemningen på stua seg. Kirurgene begynner å prate høyere, de ler mot de andre, og nå summer det igjen av stemmer inne på stua. Den stillheten som har vært rådende en stund, er nå borte. Kirurgene er straks ferdige med operasjonen, såret er lukket, og de går ut av stua. Operasjonssykepleieren legger bandasje på såret, de grønne og sterile lakenene blir tatt bort, det ryddes i utstyr og det blir lagt nye varme tepper på pasienten. Anestesisykepleieren ber om stillhet når pasienten skal våkne. Etter enda en halv time er det klart for at pasienten kan kjøres ut av stua. Vi går ut på korridoren for nå kommer rengjøringspersonalet som skal vaske slik at det kan gjøres i stand til en ny operasjon.

Vårt besøk i operasjonsavdelingen er over for denne gang. Jeg følger deg tilbake til garderoben slik at vi kan skifte til vanlige klær og bevege oss ut i den andre verdenen på utsiden av de lukkede grønne dørene.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres perspektiver og sentrale begreper knyttet til problemstillingen og de spørsmål jeg ønsker å belyse i oppgaven. Jeg har valgt ut begrepene humor, kjønn, omsorg og makt. Disse blir beskrevet som en kontekstualisering. Som overordnet perspektiv for oppgaven har jeg valgt sentrale begreper fra Erving Goffmans forfatterskap. Men aller først ønsker jeg å vise hvordan operasjonssykepleiere har posisjonert seg gjennom historien.

### 2.1 Kontekstualisering

#### 2.1.1 Operasjonssykepleiens historie

For bedre å kunne belyse operasjonssykepleierens posisjon i helsevesenet synes jeg det er relevant å ta et tilbakeblikk både på sykepleiens og operasjonssykepleiens historie, som har parallelle løp.

Det er funnet 5000 år gamle egyptiske graver som beskriver kirurgiske operasjoner (Høiland, 1996, s. 9). Kirurgi var høyt verdsatt allerede 700 år f. Kr. Moderne kirurgi er likevel ikke eldre enn cirka 150 år. Etter denne tid har kirurgien gjennomgått en rivende utvikling. Dette henger nøye sammen med både kunnskap om anestesi, og kunnskap og forståelse for antiseptikk<sup>5</sup> og aseptikk<sup>6</sup>. Kirurgiske inngrep ble utført i tidligere tider også, men kun ved alvorlige tilfeller på grunn av både smerter og infeksjonsfare, og ofte med høy dødelighet som resultat (ibid).

Operasjonssykepleie er et av de eldste spesialområdene innen sykepleie. Florence Nightingale utøvet operasjonssykepleie da hun assisterte ved enkle operasjoner i den engelske slummen, og hun grunnla den første sykepleierskolen i 1861 ved St. Thomas Hospital i London (Lindwall og Post, 2000, s. 14). Nightingale underviste både i sykepleie og i assistanse ved operasjoner. Den første spesialutdannelsen i operasjonssykepleie ble grunnlagt i USA ved Massachusetts General Hospital i 1876 (ibid). Nightingale hevdet at sykepleie var en egen profesjon, og mente at behandling av syke kunne deles inn i to områder (Høiland, 1996, s. 15). Sanitet, hygiene og fødselshjelp kunne være en kvinnelig del, mens kirurgi og medisin kunne være en mannlig del. Innenfor disse to delene skulle det ikke være noen konkurranse (ibid).

---

<sup>5</sup> Antiseptikk – bekjempelse av infeksjon ved hjelp av bakteriedrepende midler som virker lokalt (Kåss og Marthilm, 1998).

<sup>6</sup> Aseptikk - å holde sår og instrumenter fri for bakterier, virus og sopp ved operasjon eller sårbehandling (ibid).

I Norge var det allerede en spesialutdannelse for operasjonssykepleiere i 1930-årene. I 1952 ble den første utdanningsplanen utarbeidet av operasjonssykepleiere (Høiland, 1996, s. 48). Årene fra 1970-1975 ble rammeplaner for operasjonssykepleierutdanningen revidert og godkjent av Norsk Sykepleierforbund (Høiland, 1996, s. 63). Utdanningen hadde frem til dette tidspunktet hatt en teknologisk retning. Nå fikk den en klarere sykepleieprofil og pasienten ble satt i fokus. Spesialeleven, måtte være offentlig godkjent sykepleier og ha minst ett års praksis (ibid). I 1996 ble videreutdanningen, som frem til da hadde vært sykehusintern, overført til høyskolene. Dette året vedtok også landsgruppen for operasjonssykepleierne og NSF <sup>7</sup> en godkjenningssordning for klinisk spesialist i operasjonssykepleie (Høiland, 1996, s. 63).

Rammeplanene som i dag blir brukt i videreutdanning i operasjonssykepleie, ble utarbeidet av Stortinget i 1999, for å sikre kvalitet og felles nasjonal standard i forhold til eksamensordninger, organisering og krav til undervisningspersonalet (Høgskolen i Vestfold, 2008). Operasjonssykepleieren har, i følge NSFLOS<sup>8</sup> myndighetsområde og funksjonsansvar, en plass i organisasjonen som gir operasjonssykepleieren et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til klinisk yrkesutøvelse (Øgrey m.fl., 2005). I dag diskuteres det om AIO<sup>9</sup>-utdanningene i fremtiden bør implementeres i et masterløp eller som en egen masterutdanning.

Hjelpepleiernes funksjon og arbeidsområde har vært et tema for sterk debatt både i sykepleien og i operasjonssykepleien. Hjelpepleierne kom som et motsvar på sykepleiermangelen i 1960-årene (Høiland, 1996, s. 102). Det har også i flere år pågått en heftig debatt om hjelpepleiere skulle få utdanne seg til operasjonsteknikere. Hver gang forslaget har vært fremme, har NSF og NSFLOS klart å hindre gjennomføring av operasjonsteknikerutdanning for hjelpepleiere med argumenter om at ingen kan erstatte kunnskapen til en operasjonssykepleier (ibid).

I følge Høiland (1996, s. 102) har hjelpepleiersaken vært vanskelig og energitappende. Saken, som også har vært behandlet i arbeidsretten, har skapt usikkerhet, såre og vonde følelser. Arbeidsmiljøer som tidligere inkluderte både hjelpepleiere og operasjonssykepleiere har blitt skadelidende, og devaluert begge gruppers yrkesstolthet og fagidentitet. Høiland hevder videre at denne saken nok har skadet operasjonssykepleiernes renommé samtidig som den har gitt NSF problemer i andre fagpolitiske saker (ibid).

---

<sup>7</sup> NSF – Norsk Sykepleierforbund.

<sup>8</sup> NSFLOS - Norsk Sykepleierforbund, landsgruppe av operasjonssykepleiere.

<sup>9</sup> AIO er forkortelse for anesthesi-, intensiv- og operasjonsutdanningene.

Historien speiler kampen for å beholde sykepleie og operasjonssykepleie som profesjon. Ord som går igjen er blant annet brytning, spenning, konflikt, protest og uro. Ordene gir et bilde av et yrke - og en organisasjon - som har kjempet for å bestå. Sykepleiens historie er på mange måter også en historie om kvinnekamp. For meg ble det også tydeligere hvilke konflikter sykepleierne har vært gjennom både i forhold til leger oppover i hierarkiet, og hjelpepleierne nedover i hierarkiet. Sykepleierne har på mange måter stått i en mellomposisjon, og har måttet kjempe for å definere, forsvare og avgrense egen yrkesgruppe.

Melby hevder at sykepleiernes forhold til legene tradisjonelt har blitt tolket som et underdanighetsforhold, og derfor har sykepleierne utviklet et behov for et kunnskapsgrunnlag spesifikt for sykepleiere uavhengig av den medisinske modell (Melby m.fl., 2000, s. 277). Legeforeningen har signalisert at de betrakter sykepleierutdanningen som en medisinsk utdanning, hvor de la vekt på sykepleiere som medisinske assistenter, og gjennom det har ikke legeforeningen anerkjent sykepleie som et selvstendig fag med eget kunnskapsgrunnlag (ibid). Sykepleierne tar til motmæle ved å vise til at de har en selvstendig yrkesutdanning, der riktignok medisinske fag spiller en grunnleggende rolle, men som støttefag. Å assistere legene er en viktig, men en liten del av sykepleiens oppgaver. Det viktigste er den direkte omsorgsfunksjonen for pasienten. Melby hevder at striden ikke bare dreier seg om sykepleiefaglig identitet og forholdet mellom medisin og sykepleie, men også om en kjønnskamp der sykepleiere protesterer mot mannsautoritet (Melby m.fl., 2000, s. 302).

Sykepleiens og operasjonssykepleiens historie gir et innblikk i hvordan sykepleie har dreid fra å være et kall og et omsorgsyrke til å bli en selvstendig profesjon. Likevel har historien, slik den fremstilles av Høiland og Melby, gitt meg en mer nyansert forståelse av den pågående prosess og diskusjon rundt sykepleiens og operasjonssykepleiens fremtid.

### **2.1.2 Sykepleie og omsorg i et tradisjonelt perspektiv**

Å kaste et blikk på sykepleiens tradisjoner kan være hensiktsmessig for å forstå sykepleie i dag. Selv om jeg bruker ordet sykepleier, vurderer jeg perspektivene som relevante for operasjonssykepleiere. De fleste operasjonssykepleiere har jobbet mange år som sykepleiere før de har tatt videreutdanning i operasjonssykepleie. På den måten føres sykepleiens tradisjoner videre inn i operasjonsavdelingen. I dette avsnittet har jeg benyttet bøkene til Vike m. fl, "Maktens samvittighet" (2002), og Bakkens bok "Modermordet" (2001). Disse valg av perspektiver kan diskuteres og betraktes fra ulike kritiske synsvinkler. Likevel opplever jeg at

de peker på noe vesentlig i sykepleien, og gir inspirasjon til refleksjon over sykepleieres, og operasjonssykepleieres roller i helsevesenet.

I følge Vike m.fl., nyter sykepleiere stor tillit og troverdighet i den norske befolkningen (2002, s. 145). Dette kan bero på sykepleieres forholdsvis lave lønn i kombinasjon med relativ høy utdanning, og en oppofrende og uegennyttig innsats for det nasjonale fellesskap. Kvinner stiller seg til rådighet, en verdi som står høyt moralsk sett. Dette kan ses i sammenheng med sykepleiens kallstanke som historisk var nært knyttet opp til den protestantiske etikken (ibid).

Selv om sykepleie som fag formelt ble selvstendig i 1948, og "sykesøster" ble byttet ut med det kjønnsnøytrale sykepleier, påstår Vike m.fl. at denne selvstendiggjøringen representerte en klar underordning til medisinen (Vike m.fl., 2002, s. 157). Hjemme var kvinnen hustru for mannen, og i sykehuset var hun assisterende "hustru" for legen. På den måten ble sykepleieren fanget inn av den patriarkalske kjønnskonfigurasjonen som på en egen måte står for en komplementaritet og motsigelse som markerer kjønnetenes ulikhet (ibid). Hustrubegrepet kan fanges inn av omsorgens trekantdrama: "omsorg for mann og barn, lege og kolleger, for den lidende Andre" (Vike m.fl., 2002, s. 157). Borchgrevink omtaler fenomenet som "modernitetens doble diskurs" i sin bok "Kjærlighetens diktatur" (ibid). Denne diskursen kan forstås som en idé om likhet, samtidig kan den forstås som en idé om den absolutte kjønnsforskjell. Som et paradoks kunne "hustrumoren" være et ideal for familien og som rekrutteringsgrunnlag for sykepleiere. Selv om kvinnen vant frem med selvstendighet i forhold til mannen, var hun samtidig i en posisjon som kan forstås som en underordningsposisjon i en komplementær asymmetrisk relasjon. Kvinnen har ansvar for å ivareta liv, kropp og helse, både på hjemmebane og i sykehuset (ibid). Vike hevder at til tross for at medisinen og sykepleien er gjensidig avhengige av hverandre, fremstår medisinen ideologisk som en autonom ekspertise. Sykepleie fremstår, symbolsk konstruert, som en tjenesteytende virksomhet, både overfor den lidende, og overfor medisinen (ibid).

Bakken (2001) inspireres av teoretikere som Bordieu, Ziehe, Foucault og Martinsen i sin bok "Modermordet". Sykepleie har tradisjonelt vært forbundet med omsorg for den lidende Andre, samtidig som sykepleie har vært bundet sammen med det kvinnelige, tilsvarende en gordisk knute (Bakken, 2001, s. 22). Kvinner har gjennom tidene stilt sitt liv til rådighet for andre, noe vi alle er avhengige av for å overleve, både når vi er barn og ved sykdom og lidelse (ibid).

Gjennom våre forestillinger ser vi for oss Gud som mann, og sykepleier som kvinne, og at sykepleie og det kvinnelige fremstår som synonymer (Bakken, 2001, s. 49). Bakken påstår at det kan se ut som det finnes en allianse mellom Gud og mannen, og sykepleie og Jomfruen. Dette synet strekker seg gjennom middelalderen, for deretter å gå under jorden, for så å dukke opp i en transformert utgave med Nightingale på 1800-tallet (Bakken, 2001, s. 27).

Jomfru som ideal hadde en spesiell plass i vår kultur som den aseksuelle kvinnen, det nærmeste kvinnen kan komme en hellighet og likestilling med mannen sett med Guds øyne (Bakken, 2001, s. 28). Jomfruen kunne sammenlignes med Nonnen som var den åndeliggjorte kvinnekroppen som ikke truet den patriarkale orden. Gjennom den lutherske reformasjonen mistet klostrene nonnens og jomfruens posisjon som en viktig samfunnsinstitusjon. Den moderne sykepleie forenes med et nytt kvinneideal som er Moderen (Bakken, 2001, s. 29). Bildet av barnet ved Moderens bryst kan knyttes til det transcendentale kallsbildet som finner sted i lignelsen om den barmhjertige samaritan, et bilde som fremstår som en kombinasjon av uegennyttig kjærlighet til sitt eget barn, og som en oppofrende kjærlighet til den fremmede. Dette former dobbeltbindingen, eller alliansen, mellom det kvinnelige og sykepleien langt inn i vår moderne tid (Bakken, 2001, s. 8).

Bakken uttaler at i vår tid har sykepleie som fag løsnet fra sitt kulturelle feste. ”Mor” får sin dødsdiagnose på 1980 og 1990-tallet, og med det mister sykepleien sitt rekrutteringsgrunnlag kulturelt betinget ut ifra en allianse mellom sykepleie og det kvinnelige (Bakken, 2001, s. 11). Noen vil erfare det som et tap, noen vil se det som en frigjøring med nye muligheter for faget, og andre vil ikke legge merke til at noe har skjedd (ibid). Ved å oppløse alliansen mellom sykepleie og det kvinnelige, og gjennom det å stille sitt liv til disposisjon for den Andre, kan spørsmål stilles om det da vil bli flere menn som velger sykepleie som yrke. Kvinner erobrer mannens tradisjonelle domener i yrkeslivet, mens mannen ikke inntar i samme grad det tradisjonelt kvinnelige (ibid).

### **2.1.2.1 Menn i sykepleien**

Fra 1970-tallet begynner menn å søke seg til sykepleien (Bakken, 2001, s. 84). Spørsmålet er om det kan oppfattes som et motsvar på likestillingsprosjektene hvor både menn og kvinner ble oppfordret til å tenke nytt og velge yrker utradisjonelt. Bakken påstår at menn i sykepleien raskt forsvinner til de såkalte maskuline øyer som er i periferien av sykepleiefagets kjerneområder (ibid). De havner der hvor vekstomsorgen utgjør et dominerende trekk, slik Kari Martinsen beskriver. Vekstomsorg preges av en intensiv medisinsk behandling. Det

skilles mellom care og cure, mellom vedlikeholdsomsorg og vekstomsorg, selv om det kan oppfattes som et unaturlig skille (ibid). Bakken (2001, s. 16) hevder at menn er fraværende i virksomheter hvor vedlikeholdsomsorg står sentralt. Menn i sykepleien søker seg raskt til områder hvor det er mest legeaktig, og hvor cure og vekstomsorg har størst fokus. Som eksempel nevner Bakken intensiv, operasjon, anestesi, ambulanse, akuttmottak og administrasjon (2001, s. 13).

Bakken bedyrer at sykepleien kan oppleves som et ingenmannsland for den mannlige sykepleier (2001, s. 97). Han erklærer at en mannlig ”sykesøster” er en ikke-mann og en ikke-kvinne, men et vandrende paradoks fordi han ved å være mannlig sykepleier, ikke tilhører en kategori som kan gjøre han til mann (ibid). Han begrunner dette synet blant annet ved å fremholde at en mannlig sykepleier ikke er i besittelse av den kvinnelige omsorgshabitus. En mannlig sykepleier må satse mer på å begrunne kunnskapen i faget språklig, i motsetning til mange kvinnelige sykepleiere som støtter seg til taus kunnskap (ibid).

Bakken beskriver begrepet ingenmannsland, her brukt som en metafor, som et sted bortenfor og utenfor enhver grense, et uutholdelig sted og en grenseløs tilstand (2001, s. 15). Et slags Terra Nullius, et landområde som ikke har noen stats overhøyhet, og som i følge folkeretten kan tilegnes ved en fredelig okkupasjon. Ingenmannsland i sykepleien, slik Bakken karakteriserer det, er befolket av kvinner, tuftet på paradigmet om å stille seg selv til rådighet for den Andre ved å ivareta andres liv, kropp og helse (ibid). Han tror ikke nødvendigvis det er arbeidsoppgavene som fører mannlige sykepleiere videre til de maskuline øyene i sykepleien, men nettopp kravet om å stille seg selv til rådighet for andres behov (Bakken, 2001, s. 1). Det kan se ut som en mannlig sykepleier ikke takler et slikt krav. Å være med å behandle innenfor områder hvor teknologi og redskaper er synlige, kan forstås som et tegn på det medisinske språket, og som handler om profesjonalitet som ekskluderer de som ikke kan det. Menn manøvrerer seg bort fra bekken og vaskekluter til markører som stetoskop, munnbind og grønne operasjonsfrakker, som et uttrykk for et høyere nivå innenfor sykehusets hierarki (Bakken, 2001, s. 14).

#### **2.1.2.2 Omsorg og makt**

Jeg har med interesse lest Truls Juritzens og Kristin Heggens (2006) artikkel om omsorgsmakt. De ønsker å ha fokus på hvordan makt kan skjules gjennom å bruke ord som helhetlig omsorg, empati og respekt (Juritzen og Heggen, 2006, s. 62). Forfatterne engasjerer seg for å belyse hvordan makt og omsorg står i relasjon til hverandre. De hevder at makt er

synlig i mange former. Samtidig undres de over den måten makt utilgjengeliggjøres for refleksjon i profesjonelt pleiearbeid og i forskningen ved blant annet å fokusere på ord som kvalitet, evidens og effektivitet (ibid).

I sitt syn på makt støtter de seg til noen av Foucaults maktperspektiver (ibid). Forfatterne fokuserer ikke på den store makten som kommer til syne ved ulike overgrep, men på den hverdagslige og mindre åpenbare måte å bruke makt på, eksempelvis gjennom omsorg. De kritiserer blant andre Vikes syn på hvordan kvinnelige omsorgsarbeidere fremstilles som et offer i møte med den hjelpetrengende (ibid).

Ved å bruke Foucaults perspektiver på makt, ønsker Heggen og Juritzen (2006, s. 69) ikke ensidig å se etter makt hos andre, som kan være med å bidra til at makt fremstår som en uartikulert og taus omsorgsrelasjon. Foucault oppfordrer til å se på makt som noe som flyter eller sirkulerer, og ikke er lokalisert for utelukkende å betrakte enkeltpersoners eller gruppers dominans over andre (ibid). Foucault poengterer at makt finnes overalt og i alle relasjoner (Sandmo, 1999, s. 80). Makt finnes alltid i konkrete og observerbare relasjoner. Foucault beskriver blant annet makt på denne måten:

”Makten er allestedsnærværende: slett ikke fordi den skulle ha det privilegium å samle alt under sin uovervinnelige enhet, men fordi den oppstår i hvert øyeblikk, i ethvert punkt eller snarere i enhver relasjon mellom et punkt og et annet. Makten er overalt. Dette skyldes ikke at den omfatter alt, det skyldes at den kommer alle steder fra ” (Sandmo, 1999, s. 80).

Sandmo (1999, s. 94) oppsummerer Foucaults syn på makt ved å vise til at makt ikke er noe som noen har uavhengig av en kontekst, men at makt først og fremst er noe som skjer gjennom dynamikk. Juritzen og Heggen (2006, s. 71) hevder at Foucault rokker ved forståelsen som ensidig bygger på lokalisering av makt, og som viser hvem som er mektig og hvem som er mindre mektig. Videre peker forfatterne på at Foucault er opptatt av utøvelsen av makt, og maktrelasjonene som skjer konkret mellom mennesker (ibid). Jeg vil ta med meg Juritzens og Heggens tematisering av omsorgsmakt inn i analysene, og koble dem opp mot Goffman.

### **2.1.3 Forståelse av kjønn**

Min forståelse av kjønn vil i tråd med oppgavens overordnende teoretiske posisjonering forstås som en sosial konstruksjon, og ved å fokusere kjønn som noe som blir til ved at vi er deltagere i et samfunn.



Goffman skriver seg inn i kjønnsdebatten i sine artikler "Gender Advertisement" og "The arrangement Between Sexes" (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 159). Philip Manning beskriver Goffmans tekster om kjønn som en praktisk anvendelse av rammeanalysen, fordi det er rammene i hverdagslivets samhandlinger i det moderne samfunn som fungerer som guide til forståelsen av forholdet mellom kjønnene (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 162). Goffman plasserer seg på linje med den feministiske tradisjon, som hevder at det ikke finnes en maskulin eller feminin "natur". Han hevder at det utelukkende er kulturen som definerer bilder av hva maskulinitet og feminitet er. De forskjellige kjønnsidentiteter mener han bør forklares sosialt og kulturelt fremfor biologisk. Goffman viser til scener som handler om opptreden av kjønnsidentiteter (ibid).

Judith Butler, en amerikansk filosof, har utarbeidet en teori om kjønn som performativitet (Bondevik og Rustad, 2006, s. 56-57). Hennes bok "Gender Trouble" har hatt stor innflytelse på kjønnsforskningen på 1990-tallet, og særlig har begrepet performativitet blitt gitt oppmerksomhet (ibid). I sitt tidlige forfatterskap skriver hun opprinnelig om iscenesettelse eller opptreden. Senere utvikler hun dette til en teori om performativitet. Med begrepet mener hun hvordan språklige og kroppslige ytringer uttrykker normer for kjønnethet. Et annet viktig poeng i hennes teori er å forstå kjønnsidentitet som en diskursiv effekt (ibid).

Butler hevder at kjønn ikke har noen selvstendig væren. Vi **er** ikke kvinne eller mann, men hvordan vi språklig, kroppslig og adferdsmessig iscenesetter oss, avgjør hvilket kjønn vi gjenkjennes som (Bondevik og Rustad, 2006, s. 57). Hun knytter kjønn til en forståelse av estetikk, som betyr at kjønn skapes gjennom den måten vi uttrykker oss på og den måten vi fremtrer på, altså det hun kaller "doing gender" (ibid). Butler forbindes med poststrukturalistisk teori. Hun bygger på Foucault, og er som han opptatt av at erfaringer formidles gjennom språk (ibid).

#### **2.1.4 Humor**

I forhold til humor har jeg særlig latt meg inspirere av Sven Svebaks humorforskning. I tillegg har jeg med interesse lest Frode Søbstdads (1995) bok "Humor i pedagogisk arbeid". Han er professor i pedagogikk, og har forsket på humor i lys av psykologiske teorier. Han drøfter blant annet forholdet mellom lek, kreativitet og humor. Søbstad anvender perspektiver fra Goffman i sin analyse av humor (1995, s. 45). Vera Robinson er en annen som har forsket på humor i helsevesenet i mange år. Boken "Humor and the Health Professions" er skrevet som et resultat ut ifra hennes doktorgradsarbeid om humor i helsevesenet (Robinson, 1991). Hun

er i utgangspunktet sykepleier, og har sin doktorgradsutdanning fra University of Northern Colorado fra 1975. Robinson blir regnet som pioner i sin forskning, og har fått tittelen ”The Fairy Godmother of Humor” (ibid). Peter Thielst (1995), dansk filosof, har skrevet boken ”Latterens lyst”. Her presenterer han en rekke filosofers tanker og idéer om humor gjennom tidene (Svebak, 2000, s. 63). Denne boken har vært min hovedkilde for avsnittet om et tilbakeblikk på humorens historie. Freud blir nevnt i de fleste bøker og artikler om humor. Derfor velger jeg å vise noen av hans perspektiver på humor, som har hatt stor betydning for mer moderne humorforskning (Svebak, 2000, s. 66).

### **2.1.5 Tilbakeblikk på humorens historie**

Humor beskrives fra tidenes morgen, noe som viser at humor kan oppfattes som et tidløst tema, dog har vektleggingen og forståelsen variert gjennom tidene. En rekke filosofer har uttalt seg om humor, Platon, Aristoteles, Hobbes, Descartes, Kant, Nietzsche og Kierkegaard, Freud og mange flere (Svebak, 2000, s. 62). Jeg har valgt å ta med noen filosofer fordi jeg tror deres tenkning kan belyse forståelsen av de humorteorier som råder i dag.

Humor kan karakteriseres ved å være en lek med tanker, vri på paradokser og uforenlige motsetninger, gjerne kretsende om eksistensielle spørsmål om rett og galt, liv og død (Johnsen, 1997, s. 13). Derfor har filosofer engasjert seg i humor, sier Hertzberg Johnsen (ibid).

Platon (427-347 f. Kr), var muligens en av de første filosofene som beskrev humor, og som hevdet at humor var en tvetydig opplevelse som både gir behag og smerte (Søbstad, 1995, s. 33). I dialogen med Protarchus hevder Sokrates at når vi ler av noe som er lattervekkende hos våre venner, så blandes følelsen av både behag og smerte. Vi ler, mens vi samtidig opplever smerte fordi vi synes synd på dem. Nettopp denne kombinasjonen av smerte og behag finnes både i tragedien, komedien, og i det virkelige liv (ibid). I Platons idealstat skulle menneskene oppdras til å holde latteren tilbake, fordi å le både med velbehag og smerte kan føre til at vi mister vår fornuft, og spesielt ille var dette for folk med stort ansvar i samfunnet. På denne måten ble humor en metode å markere seg på og vise overlegenhet overfor andre (ibid).

Aristoteles (384 - 322 f. Kr) hevdet at å vitse om en mann er det samme som å baktale ham (Søbstad, 1995, s. 33). Dette er et syn Platon deler. Men Aristoteles fremhever at det latterlige består av defekter eller styggheter som ikke er destruktive (ibid). Han sier at komediemasken er riktignok både stygg og fordreid, men den gir ikke smerte. Platon erklærer at komedien fremkaller både lyst og smerte. Aristoteles avgrenser det egentlige komiske, det som vekker

lyst og latter, fra våre medfølende og engasjerende følelser (Thielst, 1995, s. 20). Aristoteles definisjon av det latterlige, som altså ikke virker smertelig eller pinlig, har hatt stor betydning fordi den utpeker følelsesinvolvingen som faktoren som skiller tragedie fra komedie (ibid). Cicero (106 - 43 f. Kr) fremhever latter som et virkemiddel i den rette talekunst (Thielst, 1995, s. 20-21). Han bygde også på Aristoteles tanker når han analyserte humor. Begge mente til forsiktighet og en stoisk balanse mellom ytterpunktene ved bruk av humor, hvor forsiktighet og omtanke var den veiledende stoiske dyd (ibid). Cicero påpekte det uforutsigbare som et av humorens særtrekk, og at overraskelsen hørte til i humorens vendinger, et poeng som dagens forskere og humorister i stor grad vektlegger. Nettopp gjennom overraskelsen ligger det et element av inkongruens, det som ikke stemmer overens eller det som kolliderer fordi det ikke naturlig hører sammen (ibid).

Kierkegaard (1813 - 35) hadde flerfoldige filosofiske tanker om humor (Thielst, 1995, s. 38). Hans filosofi handler først og fremst om selvet, om å eksistere og bli seg selv. Det komiske analyseres som typiske reaksjonsmønstre underveis til selvet og den subjektive sannhet. Kierkegaard hevder at det karakteristiske ved vår eksistens som mennesker er at vi kan ha bevissthet om oss selv (ibid). Vi kan forholde oss til oss selv både intellektuelt, følelsesmessig og kroppslig. Å forholde oss til oss selv kan forstås som at vi blir oppmerksomme på vår identitet, våre egenskaper, våre følelser, begrensninger og muligheter. Kierkegaard hevder videre at ved å se oss som vi er, kan vi føle enten glede, fortvilelse eller ingenting (ibid).

Slik jeg leser Thielst tolkning av Kierkegaard forstår jeg det som han gjennom årene endrer syn på ironien fra å være ensidig negativ, til å se noen positive kvaliteter i ironien. Likevel hevder Kierkegaard at ironien er selvhevdende og distansert, negativ, kjærlighetsløs og smertefornektende (Thielst, 1995, s. 47). Dens motsetning er humoren, som han beskriver som bluferdig og full av sympati, positiv, overbærende og kjærlighetsfull samtidig som den holder fast på smerte. Derfor, sier han, hører latter og gråt sammen i humoren, mens ironien er ren latter. Og at det ligger en langt mer forsonende og kjærlig gestus i humoren enn i ironien, fordi det i humoren alltid er en skjult smerte og sympati (ibid).

Høffding (1843 - 1931), en dansk filosof, har viet mye av sitt virke til å analysere humorens vesen (Svebak, 2000, s. 62). Han beskriver ulike typer av humor, og skiller mellom "stor" og "liten" humor, et syn som i følge Svebak passer godt sammen med Kierkegaards skille mellom humor og ironi (ibid). Høffdings "store humor" kan gi oss en befriende totalfølelse av ny innsikt og visdom. Den "lille humoren" gir motsatte effekter, og kan skape både barrierer

og undertrykkelse mellom mennesker. Evnen til selvironi kan forstås som en mellomstilling mellom ”stor” og ”liten” humor. Selvironi erkjenner egne svakheter, i motsetning til mennesker med narsissistiske trekk som i egne øyne er uten feil, men som har stor evne til å se andres feil (ibid).

Bergson, en fransk filosof (1859 - 1941) hevder at ved forkledning tar noe seg annerledes ut enn det er, og nettopp i det består det komiske. Bergson sier også at latter oppstår gjennom intellektuell aktivitet (Svebak, 2000, s. 63). Han sier videre at det er vanskelig å le av noe som vekker sympati, antipati, angst eller sinne. Svebak hevder at hos Bergson kan vi forstå eller få en antydning om at sans for humor er en spesiell evne til tankens lek med sosial identitet (ibid).

Freud (1856 - 1939) har skrevet om vitsens betydning og dens forhold til det ubevisste. Han er både blitt brukt og misbrukt i humorforskning, men hans studier av humor har hatt stor innflytelse på den mer moderne humorforskningen (Johnsen, 1997, s. 15). Freud mente at drømmer hadde en form som kunne minne om vitser (Svebak, 2000, s. 65). Vitsen kan anvende morsomme ordspill og flertydigheter i symboler. Innholdet i vitsene kan handle om temaer i sjelslivet som det er vanskelig å ha et bevisst forhold til. På den måten kan det som er fortrent komme til uttrykk i vitser (ibid). Freud hevder at både vitsen, latteren og humor tjener formålet å gi fortrente følelser og tanker luft slik at de ikke hopper seg opp til smerte som igjen kan føre til angst eller gjøre oss psykisk syke. Latter kan med andre ord oppfattes som et tegn på at vi har en fungerende psykisk sikkerhetsventil (Freud, 1994, Thielst, 1995).

I tillegg til å skrive en analyse om vitsene, skrev Freud 20 år senere en kortere analyse av hva som skiller humoren fra vitsene (Freud 1928). I denne analysen anerkjenner Freud sansen for humor som et karaktertrekk hos den mentalt sunne og voksne personligheten. Freud erklærte også at humoristisk sans kunne hjelpe oss til å takle stress og frustrasjoner. Ja, han anerkjente faktisk sans for humor som den største forsvarsmekanismen vi har (Freud, 1994, s. 216).

### **2.1.6 Hva er humor?**

I følge Birgit Hertzberg Johnsen (1997, s. 13), professor i folkloristikk, er det ingen enkel oppgave å få oversikt over forskning innen humor. Hun har publisert flere vitenskapelige artikler innen humorforskning, og hevder at filosofer har grublet, forskere har forsøkt å fange begrepet humor i laboratorier, og forfattere har forsøkt å anvende den i sine verker (ibid). Det er nedlagt mye tankevirksomhet for å forsøke å skille humor fra beslektede fenomener som

komikk og latter. En årsak til den vanskelige forskningen kan være at de lærde strides om hva humor egentlig er (ibid). Johnsen hevder videre at forskere fra ulike fagdisipliner er enige om at humor ikke lar seg fange i én definisjon, eller forstås ut ifra én teoretisk modell. Humor fremstår for mangfoldig og mangetydig til det (Johnsen, 2002, s. 14). Forskere viser til at humor best kan studeres fra flere ulike synsvinkler samtidig. Johnsen sier at det i dag forskes på humor innenfor fag som psykologi, medisin, pedagogikk og lingvistikk, for å nevne noen (Johnsen, 1997, s. 15). Maria Ohlsson har i 2003 skrevet en doktoravhandling nettopp ut ifra et sosiolingvistisk perspektiv om språkbruk, humor og kjønn (Ohlsson, 2003). Hennes avhandling omhandler blant annet aspekter av hvordan sosial betydning og sosial identitet skapes gjennom språket. Ohlsson undersøker hvordan sosial betydning skapes og formidles gjennom humor, og hvordan sosial identitet skapes av kjønn (2003, s. 16).

Humor blir som oftest forbundet med noe positivt, samtidig flørter humoren med det komiske og tragiske i et skiftende balanseforhold (Johnsen, 1997, s. 14). Humorens ambivalens og dobbelthet kan både tiltrekke og frastøte. Humorens brodd kan gå over i ondsinnethet, og oppleves grotesk og avskyelig. Ja, humor kan være både konstruktiv og destruktiv (ibid).

Humor fremstår som et svært sammensatt, tvetydig og komplekst fenomen, og det finnes ingen entydig definisjon humorforskere har klart å bli enige om. Likevel har vi alle en oppfatning om hva humor er. Jeg har valgt å bruke Paul Mc Ghees definisjon som jeg finner referert i flere bøker. Han sier: ” Humor er den mentale erfaringen av å oppdage og verdsette lattervekkende, absurde og inkongruente idéer, hendelser eller situasjoner ” (Søbstad, 1995, s. 22). Paul Mc Ghee vektlegger altså de kognitive aspektene ved humor. Søbstad, mener en slik vektlegging kan bli noe ensidig, da det er mange andre sider ved vår personlighet som også bør knyttes til humor (ibid).

### **2.1.7 Humorforsker Sven Svebak: ”En god latter forlenger livet!”**

Svebak, tidligere professor i psykologi, har siden 1994 vært professor i medisin ved det medisinske fakultetet i Trondheim (Svebak, 2000). Svebak har forsket på humor i over 30 år, både i Norge og i samarbeid med forskere fra andre land. I 2006 publiserte han revolusjonerende forskningsresultater i artikkelen “ Sense of humor and survival among county cohort of patients with end-stage renal failure” (Svebak m.fl., 2006). Artikkelen bygger på en kvantitativ undersøkelse, hvor forfatterne studerte hvilken betydning den humoristiske sans har for overlevelse ved alvorlig sykdom. Studiet gikk ut på å følge pasienter med kronisk

nyresvikt som var livstruende syke, og avhengige av ukentlig dialysebehandling<sup>10</sup>. I følge Svebak ville pasientene dø uten dialysebehandling (ibid). Pasientene fylte ut et spørreskjema da de ble innlagt. Spørreskjemaet hadde blant annet spørsmål om alder, kjønn, utdanning, livskvalitet og sans for humor. Svebak konkluderte med at det ikke var andre kjennetegn ved pasientene som kunne forutsi liv eller død to år senere så sterkt som nettopp sans for humor. Forskerne er imidlertid usikre på hvorfor, men tror årsaken kan være at sans for humor beskytter mot stress og stresshormoner, og på den måten har gunstig effekt på immunforsvaret (ibid). Svebak poengterer at sans for humor er noe annet enn godt humør, mer evnen til å tenke morsomme tanker og det å kunne leke med tanker. Det behøver ikke nødvendigvis synes utenpå. Spørsmålene for å måle og definere sans for humor er det som kalles Sense of Humor Questionnaire (ibid). Svebak er den første forskeren som har utviklet en slik test, og den er utviklet fra en lengre test han lanserte i 70-årene. Testen er oversatt til flere språk, og er teoretisk forankret i en begrepsanalyse om hva sans for humor er (Svebak m.fl., 2006).

Et utsagn vi alle kjenner er: ”En god latter forlenger livet”. I år 2000 skrev Svebak en bok med denne tittelen, dog med et spørsmålstegn bak (Svebak, 2000). Den gang kunne han ikke konkludere med at en god latter forlenger livet, men mer at sans for humor kan virke som en støtdemper mot helseskadelige effekter av stress (Svebak, 2000, s. 199). I hans siste forskning konkluderer han med at nettopp sans for humor kan forlenge livet til svært dårlige pasienter (Svebak m.fl., 2006).

Svebak skiller mellom humor, latter og sans for humor. Han hevder at sans for humor er det beste eksempelet på at mennesket er et levende og integrert biologisk, psykologisk og sosialt vesen (Svebak, 2000, s. 61). Svebak har tre påstander om humor. Hans første påstand er at humor fremstilles som den mest kompliserte manipulering med mening som hjernens tankeprosess kan utarbeide (ibid). Svebak påstår også at enhver som har en normal hjerne har anlegg for å utvikle en stor sans for humor. Hans tredje påstand går ut på at den som mangler sans for humor har et stort problem, og bør ikke gis ansvar for andre mennesker. Mangel på humoristisk sans, er å ha mangel på tankens flukt (ibid). Manglende humoristisk sans kan ha betydning for konsekvensene av hvordan vi bruker vår evne til å vurdere andre mennesker, og også for hvordan vi mestrer egne relasjoner til andre mennesker (Svebak, 2000, s. 61). Sans

---

<sup>10</sup> Dialysebehandling – behandlingsmetode som bygger på at blodet utsettes for svake saltløsninger, dialysevæske. Behandlingen brukes først og fremst ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon, og skjer ved hjelp av en spesiell dialysemaskin, ”kunstig nyre” (Kåss og Marthilm, 1998).

for humor er en del av vår personlighet, og en viktig egenskap i samspill mellom mennesker (ibid). Svebak hevder at sans for humor har lite med latter å gjøre. Stor sans for humor er ikke det samme som godt humør, og stor sans for humor medfører ikke nødvendigvis mye godt humør eller latter (Svebak, 2000, s. 73).

### **2.1.8 Humor i et sosialt og kulturelt perspektiv**

Nordiske studier av humor er påvirket av amerikansk forskning. Den amerikanske forskningen vektlegger spesielt det psykologiske perspektivet, i tillegg til den kulturelle og sosiale sammenhengen (Johnsen, 1997, s. 21). John Morreall hevder at dagens humorforskere stort sett har fokus på humor som et relasjonelt og situasjonelt fenomen (ibid). Humor kan ikke forstås som en iboende eller absolutt egenskap, men at den står i forhold til noe annet enn seg selv (ibid).

Søbstad mener at det sosiale og kulturelle perspektivet kan sies å være en nødvendig forutsetning for å kunne forstå og tolke humor (Søbstad, 1995, s. 49). Han hevder faktisk at en lekende innstilling sammen med den sosiale konteksten, har betydning for hvordan humor blir produsert og verdsatt (ibid).

Søbstad (1995, s. 42) henviser til Anthony Chapman og hans medarbeidere, som i et større humorprosjekt i Wales, understreker nettopp det sosiale perspektivet i humorforståelse. Deres prosjekt viser at det er forskjell på mengden av smil og latter når vi er sammen med andre og når vi er alene. Søbstad (1995, s. 43) hevder videre at kommunikasjon er et sentralt begrep når humor skal forstås i et sosialt perspektiv.

### **2.1.9 Humor og kjønn**

Hertzberg Johnsen (2002, s. 64) hevder at humor og kjønn er spesielt kartlagt innenfor psykologifaget. Hun henviser til den amerikanske psykologen Paul Mc Ghee som klart definerer kjønnsrollestandarder for humor. Han hevder at den viktigste forskjellen er forventningen om at menn skal være initiativtakere til bruk av humor og kvinner skal være de som responderer (ibid). Bruk av humor og humorinitiativ assosieres tradisjonelt med flere maskuline karakteristikk som aggressivitet, dominans og selvhevdelse. En kvinne kan også utvikle seg til en initiativtaker for humor, men da må hun overskride det mønsteret som tradisjonelt er tiltenkt henne som kvinne (ibid).

Søbstad (1995, s. 62) viser til at samfunnets kjønnsforskjeller også kommer til uttrykk gjennom humor. Han har forsket på, og konkludert med, at gutter er mer selvhøvdende i sin bruk av humor, mens jenter er mer sosialt orientert. Et annet trekk er at menn er mer aktive i bruk av humor, mens kvinner er mer engstelige for å såre andre og benytter seg mer av selvironi enn menn (ibid). Søbstad viser til Mc Ghee som hevder at det finnes et mønster hvor menn forteller flere vitser enn kvinner, og at dette kan forstås ut ifra statustenkning hvor de med høy status inviterer mer til humor enn de med lavere status (Søbstad, 1995, s. 61). Slike utsagn kan i følge Søbstad, brukes som svart-hvitt tenkning av grupper, og sier lite om individenes forhold til humor. Han stiller spørsmål om forskerne bruker gode nok metoder for å komme frem til disse resultatene (Søbstad 1995, s. 62).

Svebakk (2000, s. 68) hevder at humorens ulike uttrykk hos kvinner og menn kan handle mer om kjønnsroller enn om biologi. Kvinner har like stor sans for humor som menn, men han påstår at kvinner er mer fanget i en kjønnsrolle som kan bringe dem mer i skyggen enn menn. Han påstår også at menn kan ha en sterkere komponent av aggressiv og sarkastisk humor enn kvinner, og at kvinners humor i sterkere grad er vennligsinnet og omsorgsfull (ibid).

## **2.2 Sentrale begreper hos Erving Goffman**

Jeg har alltid hatt et indre bilde av operasjonsavdelingen som et teater. En forståelse og metafor som mest sannsynlig har oppstått fordi operasjonsavdeling på engelsk heter "the operating theatre". Ordet viser til en gammel tradisjon hvor det ble bygd et eget operasjonsteater slik at "tilskuerne" lettere kunne følge med på ulike operasjoner for å lære (Auflem, 2007). Jeg ser for meg operasjonsstua som en scene, hvor alle i det kirurgiske teamet har sine roller og sine mer eller mindre faste eller spontane replikker. Holder de seg til "manus", hvem er sufflører? Hvem har hovedrollen, hvem har birollen? Hvem er publikum? Og finnes det en narr? Assosiasjoner til denne metaforen fikk jeg flere ganger under observasjonsperioden, og trolig fordi alle som arbeider i operasjonsavdelingen kan oppfattes uniformerte i sine grønne arbeidsantrekk, eller kostymer. I tillegg er de tildekket med munnbind og hette. Stundom ble det klappet når en komplisert operasjon var vellykket, slik det er kutyme etter en strålende forestilling. Studenter i operasjonssykepleie har også presisert en opplevelse av å være på scenen når de arbeider inne på en operasjonsstue. Hver minste ting de utfører er synlig for andre, og de er under kontinuerlig oppsyn, vurdering og sufflering av sine overordnede som de opplever som et publikum.



Erving Goffman, (1922 - 1982) canadisk-amerikansk sosiolog, benytter blant annet teater, spill og ritualer som metaforer, eller som en optikk på det sosiale livet (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 13). For meg er Goffmans teatermetafor et spennende blikk å anvende på mitt datamateriale fra operasjonsavdelingen. Ved å bruke teater som metafor kan jeg tillate meg å leke med datamaterialet, og sette det inn i nye sammenhenger som kan gi overraskende bilder. Teatermetaforen beskriver jeg nærmere under avsnittet om opptredener og roller.

Goffmans forfatterskap, som strekker seg fra 1950-årene og til hans død i 1982, kan deles inn i tidlige og senere bidrag. Hans tidlige bidrag omfatter blant annet perspektiver om ansiktsarbeid. Hans senere forfatterskap omfatter også utvikling av begreper og analyse i forhold til sosiale samhandlingsregler. Hviid Jørgensen og Kristiansen (2004) hevder at det som går igjen i Goffmans forfatterskap, er hans formidable evne gjennom konkrete eksempler og språklige finesse, å vise hvordan analyse av hverdagslivets tilsynelatende trivielle og upåaktede hendelser, kan fortelle oss om vårt samfunns sosiale organisering (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 9). De hevder også at Goffmans teorier opplever en renessanse og fornyet interesse i våre dager, og at han inspirerer en ny generasjon sosiologer gjennom sin mikrososiologiske samfunnsanalyse (ibid).

Kristiansen (2005, s. 196) hevder at Goffman blir sett på som en av de mest betydningsfulle sosiologiske analytikere av det moderne hverdagsliv. Goffman representerer sammen med navn som Becker, Garfinkel og Blumer en interaksjonistisk retning innenfor sosiologien (ibid). Goffman er blant annet inspirert av Chicagoskolen, Simmel og Durkheim. Kristiansen mener at Durkheims påvirkning på Goffman har vært med på å føre han bort fra en såkalt "ren" interaksjonisme og mer i retning av mikrostrukturalisme, som kjennetegnes med sin interesse for struktur og organisering som preger menneskelige møter (2005, s. 196). Hviid Jacobsen og Kristiansen (2004, s. 12) betrakter Goffman som en eklektisk hybrid mellom Durkheims funksjonalistiske forståelse av ritualer, regler og moral. Goffman har gjennom hele sin karriere videreført Simmels forståelse av de mikroskopiske vekselvirkninger av samfunnet. Goffmans sosiologi står sentralt i flere moderne sosiologiske teorier som blant andre Anthony Giddens (Album, 1996, s. 220).

Dag Album, norsk sosiolog, betrakter Goffman som en normsosiolog som er sterkt påvirket av Durkheim, likevel hevder Album at Goffman skiller seg fra annen normsosiologi nettopp fordi han detaljert analyserer hva som får mennesker til å følge normer (Album, 1996, s. 41). Goffman har en tosidighet som blant annet går ut på å bestemme rammen for den situasjonen

vi er i, samtidig som vi skal kunne oppføre oss passende i den. Goffmans sosiologi handler ikke kun om normer, men også om de metoder og den tenkning vi trenger for å forstå hva som foregår, og å kunne uttrykke det (ibid).

### **2.2.1 Samhandlingsordenen sui generis**

Goffman definerer samhandlingsordenen som den orden og struktur, som finnes i sosiale situasjoner der mennesker møtes ansikt til ansikt (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 18). Denne ordenen, som følger sine egne regler og strukturer, kan forstås som Goffmans grunntanke gjennom hele hans forfatterskap. Han er opptatt av mikroorden som regulerer menneskers ansikt til ansikt adferd (ibid). Slik jeg forstår Goffman kan samhandlingsordenen forstås overordnet og synonymt med ansikt til ansikt samhandlinger, og oppfattes som et samlende og overordnet begrep for de perspektiver jeg videre har valgt fra hans teorier.

### **2.2.2 Ansikt til ansikt samhandlinger**

I Goffmans mest kjente bok "The Presentation of Self in Everyday Life", først utgitt i 1956, beskriver han et dramaturgisk perspektiv på menneskers ansikt til ansikt samhandlinger (Goffman, 1969). Boken bygger på feltarbeid på Shetlandsøyene som ga grunnlag for hans doktoravhandling (ibid). Fredrik Barth sier så elegant i innledningen til den norske oversettelsen av boken "Vårt rollespill til daglig", at Goffman holder speilet opp for oss slik at vi kan gjenkjenne trekk ved selve hverdagslivet, og gjennom det vekkes til ny erkjennelse om mennesker som lever i samfunnet (Goffman, 1992, s. 7). Vi kan forstå mer av vår sosiale virkelighet gjennom mylderet av de små dagligdagse hendelsene (ibid).

Goffman presenterer og definerer det sosiale liv som en form for gjensidig påvirkning, og som finner sted mellom mennesker som befinner seg i fysisk nærhet med hverandre. Ved hjelp av et dramaturgisk perspektiv ønsker Goffman å vise hvordan mennesker i "alminnelige arbeidssituasjoner" presenterer seg selv og sine aktiviteter for hverandre, og gjennom dette hvordan de styrer og kontrollerer de inntrykk andre danner seg av dem (Goffman, 1992, s. 9). Goffman påstår at når en person oppholder seg i andres umiddelbare nærhet, vil han gjennom ulike teknikker forsøke å ha kontroll over de inntrykk de andre tilstedeværende danner seg av ham. Motsatt vil de tilstedeværende forsøke å danne seg et bilde av både hvem og hva den pågjeldende er (ibid). Goffman innfører en forskjell mellom den informasjon vi "gir" og den informasjon vi "avgir". Å gi informasjon handler om både verbal og nonverbal kommunikasjon, og symboler vi bevisst benytter for å formidle et bestemt innhold. Samtidig avgir vi ubevisst og ufrivillig informasjon gjennom tegn og uttrykk. Derfor, i følge Goffman,

er vi involvert med to typer kommunikasjon i våre ansikt til ansikt samhandlinger (1992, s. 13).

Goffman kaller den situasjon som oppstår når mennesker samhandler ansikt til ansikt "det sosiale møtet" (Kristiansen, 2005, s. 199). Det mest sentrale for de som møtes er både å uttrykke og fastholde en definisjon av situasjonen. Gjennom våre gester, fakter, bevegelser og handlinger fremsetter vi forslag til hvordan situasjonen skal defineres samtidig som vi gir forslag til hvordan de andre skal oppfatte og behandle oss. Dette kaller Goffman "inntrykkstyring" (ibid). Videre beskriver han hvordan de tilstedeværende gir sitt bidrag til en felles definisjon av ulike situasjoner, og som omfatter en slags enighet om å unngå en åpen konflikt angående hvordan situasjonen skal defineres. Dette kaller han for "modus vivendi" (Goffman, 1992, s. 18). Avgjørende blir å opprettholde en felles definisjon av situasjonen slik at de det gjelder vet hvilke normer som gjelder for hvorledes de bør oppføre seg (ibid). Goffmans definisjon på interaksjon er således en ansikt til ansikt interaksjon, altså den gjensidige innflytelse ulike personer har på andres handlinger når de befinner seg i deres umiddelbare fysiske nærhet (Goffman, 1992, s. 22).

### **2.2.3 Opptredener og roller**

I boken "The Presentation of Self in Everyday Life" presenterer Goffman sitt dramaturgiske perspektiv, teatermetaforen. Goffman sier selv i bokens forord at teatermetaforen kan ha svakheter. Han sier: " Scenen viser ting som er oppdiktede, mens man må formode at livet fremfører ting som er virkelige og ofte ikke skikkelig gjennomprøvet" (Goffman, 1992, s. 9). Å bruke metaforer kan hjelpe oss å se fenomener som om de var noe annet, og gjennom det stimulere vår fantasi (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 174). Gjennom bruk av metaforer kan vi leke med virkelighetens fenomener og sette dem inn i overraskende sammenhenger (ibid). Goffman påstår ikke at hverdagslig samhandling er et skuespill, han sier: "Verden er selvsagt ikke et teater, men det er ikke lett å påpeke på nøyaktig hvilke måter den ikke er det" (Goffman, 1992, s. 65). Goffman anvender altså dramaturgien som en analytisk metafor. Han analyserer samhandling som om det var et skuespill (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 88).

Flere forfattere, blant andre Lyman/Scott og Habermas, har kritisert Goffman for en dramaturgisk bias, hvor de tillegger ham et kynisk menneskesyn, hvor typiske trekk ved menneskers samhandling kan oppfattes som manipulerende og som et strategisk maskespill (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 89). Hviid Jacobsen og Kristiansen tilbakeviser at Goffman

fremstiller en mennesketype som ensidig er opptatt av å manipulere det inntrykk han gir til andre (ibid). De hevder at Goffman i like stor grad er opptatt av å beskytte deltagerne og publikum, og dermed situasjonen mot et pinlig sammenbrudd (ibid).

Opptreden, slik Goffman definerer det, dreier seg om å gjøre inntrykk på de som er til stede, og det handler også om å bekrefte både for seg selv og de andre at man er den man gir seg ut for å være (Goffman, 1992, s. 24-26). En persons fasade vil være med på å hjelpe dramatiseringen av en opptreden. Fasadeområdet, eller scenen, også kalt front region, eller "frontstage", er det området hvor den konkrete opptredenen finner sted. De opptredende spiller her ut sine roller samtidig som de justerer sin opptreden til de normer som gjelder (Goffman, 1992, s. 27-29). "Backstage", oversatt til norsk som baksideområdet, eller bak kulissene, er det området hvor de opptredende kan trekke seg tilbake for å lade opp eller øve seg til neste opptreden, eller slappe av og hente seg inn (Goffman, 1992, s. 96 - 97). I dette området kan det gis slipp på fasaden, det er legitimt å tre ut av rollen som spilles på scenen, og maskene kan falle. Hviid Jacobsen og Kristiansen hevder at begrepene "frontstage" og "backstage" kan oppfattes som relative begreper, som kan forstås slik at selv om "skuespillerne" har latt maskene falle, og slapper av sammen bak kulissene, kan de stadig ha fronter og oppføre skuespill, eller spille roller for hverandre (2002, s. 100).

Goffmans beskrivelse av opptreden, "backstage", "frontstage", roller og teater, gir meg assosiasjoner til operasjonssykepleierne. De iker seg steril frakk og hansker når de skal være med på operasjoner, som jeg tolker foregår på scenen, eller "frontstage". Når operasjonen er ferdig, tar de av seg det sterile utstyret, og går på vaktrommet for enten å slappe litt av, diskutere med kolleger eller for å spise. Vaktrommet forstår jeg som "backstage" gjennom Goffmans metafor. På vaktrommet, bak kulissene, kan operasjonssykepleierne bokstavelig talt la maskene falle. Goffman (1992, s. 25-26) henviser til Park som sier at ordet person opprinnelig hadde betydningen maske. Sikkert videre: "... På sett og vis, i den grad denne masken står for den oppfatning vi har dannet oss av oss selv - den rollen vi gjør alt for å leve opp til - er denne masken vårt sanne jeg, det jeg helst vil være..." (Goffman, 1992, s. 26). Begrepet maske leder videre til Goffmans definisjon av selvet, som jeg skal beskrive senere i kapittelet.

Roller knytter Goffman opp til den opptreden man utfører, altså den rolle som spilles (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 97). Roller skal ikke forveksles med det dypereliggende selv, eller med den innerste personlighet, fordi Goffman ikke interesserer seg for en slik

kjerne (ibid). I følge Album (1996, s. 203) kan roller og rammer forstås som to sider av samme sak, eller som paralleller til hverandre.

#### **2.2.4 Rammebegrepet**

Goffmans rammebegrep er hentet fra boken "Frame Analysis" som utkom i 1974, og presenterer derfor Goffmans senere forfatterskap (Goffman, 1986). Med sin rammeanalyse skifter Goffman fokus fra forholdsvis konkrete analyser av samhandlingsadferd, til en mer abstrakt analyse av prinsipper som organiserer våre erfaringer (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 146). Goffman forsøker gjennom "Frame Analysis" å forklare hvordan vi organiserer de erfaringer av inntrykk vi stadig får i den sosiale verden, og finner svaret i begrepet ramme, som han henter hos Gregory Bateson (ibid). Ramme kan forstås som det mentale redskap vi tar i bruk når vi forsøker å forstå de situasjoner som utspiller seg foran våre øyne. Goffman definerer begrepet ramme på denne måten i "Frame Analysis":

"I assume that definitions of a situation are built up in accordance with principles of organization which govern events – at least social ones – and our subjective involvement in them; frame is the word I use to refer to such of these basic elements as I am able to identify. That is my definition of frame " (Goffman, 1986, s. 10-11).

Hviid Jacobsen og Kristiansen (2002, s. 147) tolker Goffman at ved å ramme inn våre sosiale anskuelser inn i en overordnet forståelsesramme, så systematiserer og ordner vi den sosiale verden slik at vi kan forholde oss til den. Det kalles også for persepsjonsmatrise (ibid). Gjennom rammer gir vi mening til det kaos av hendelser vi opplever i den sosiale verden. Rammer hjelper oss altså til å definere situasjoner. Ved hjelp av rammer kan vi oppføre oss passende i situasjonen, og det kan gi oss en slags overskrift for hva som gjelder i den aktuelle situasjonen. Scheibe har sagt "at mennesket synes ude av stand til at betrakte nogen form for social situation uden at se den i en eller anden ramme..." sitert i Hviid Jacobsen og Kristiansens bok om Goffman (2002, s. 147).

Goffman legger vekt på at rammer er gitt på forhånd, derfor legges det samtidig et ansvar på aktørens kompetanse, slik at han eller hun er i stand til å finne ut av hvilken ramme som gjelder, for deretter å oppføre seg passende innenfor rammen, eller foreslå en ny ramme (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 149). Et annet viktig perspektiv for Goffman er hvordan vi som siviliserte mennesker er forpliktet til å oppføre oss i samsvar med de muligheter og begrensninger som er innebygd i rammen. Vi er forpliktet til å vise respekt for rammen, og gjennom det viser vi respekt for de andre som deltar. Ramme kan forstås som et

normativt redskap, som angir hvordan vi bør oppføre oss (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 150). Sosial samhandling handler mye om hvordan deltagerne felles kan bidra til å opprettholde en felles ramme. Å foreta et rammeskifte forutsetter at vi er i stand til å forstå de små signalene som vitner om et behov eller mulighet for å skifte ramme. Slik jeg forstår Goffman, er det kun respekterte personer, og mennesker med makt som kan endre rammen. Å kommunisere om rammer, er å metakommunisere, i følge Goffman (ibid). I boken "The Presentation of Self in Everyday Life" er spørsmålet om hvordan vi gjennom sosial samhandling, ansikt til ansikt, definerer en situasjon. Rammeanalysen tar delvis utgangspunkt i Goffmans tidligere arbeider, samtidig som rammeanalysen markerer et formmessig brudd (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 150).

I følge Album (1996, s. 203) kan rammer sies å tilhøre en kulturorientert analyse, mens roller kan forstås mer orientert mot sosial struktur. En ramme kan ses på som en felles forståelse eller definisjon av hva som foregår mellom deltagerne i et samvær, og som vil prege adferden til dem som er med (Album, 1996, s. 204). Et eksempel kan være en situasjon som rammes inn som seriøs og krevende, og som vil medføre at deltagerne forholder seg annerledes enn hvis aktiviteten innrammes som underholdning. På denne måten vil rammer være med å definere situasjonen slik at det blir enklere for deltagerne å avgjøre hvilke regler som gjelder i den aktuelle situasjonen (Kristiansen, 2005, s. 196).

### **2.2.5 Ritualer og det hellige selvet**

Goffman hevder at samfunnet har en moralsk orden som er installert i vår bevissthet, og derfor også i våre selv (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 37). Selvet må beskyttes, og det gjøres, i følge Goffman, gjennom å følge flere forskjellige og tilsynelatende ubetydelige samhandlingsritualer. Samhandlingsritualer har som formål å opprettholde hverandres selv, og gjennom det å opprettholde samfunnets moralske orden (ibid). Ritualer kan hos Goffman oppfattes som et uttrykk for samfunnets moral, verdier, etiketter og normer (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 75).

I følge Album (1996, s. 128) handler det meste av Goffmans forfatterskap om rituell samhandling til ære for selvet. Goffman har overført dette synet fra Durkheims forståelse av ritualer fra religiøs praksis til alminnelig verdslig sosial omgang. Goffman har brakt ritualtenkningen fra samfunnsnivå til samværsnivå, altså fra makro- til mikronivå (ibid).

I et av Goffmans mest kjente essays ” The Nature of Deference and Demeanor” innleder han med referanse til Durkheims teori om hvordan selvet fremstilles som et hellig fenomen (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 35-36). På samme måte som Durkheim dyrker Goffman selvet som hellig. Durkheim viser til hvordan medlemmer i et religiøst fellesskap håndterer det hellige gjennom måten de møtes på, hyller og respekterer det hellige (ibid). Denne innsikten tar Goffman med seg på mikroplanet i sine analyser av de små samhandlingsritualer, hvor vi etablerer verdige og anstendige relasjoner til våre medmennesker (ibid).

Både Goffman og Durkheim hevder at det hellige ved individene beror på at de representerer fellesskapet og samfunnet (Album, 1996, s. 133). Det er ikke det særpregede i fellesskapet som blir dyrket, men det som er alminnelig ved dem. I hverdagsritualene er det heller ikke det særpregede som blir dyrket, men nettopp det allmenne. I følge Goffman er det selvet som blir dyrket som det hellige objekt i hans rituallære (ibid).

I følge Moore og Myerhoff har ritualer en dramatisk karakter (Album, 1996, s. 219). Rituelle handlinger fremstår som formaliserte, stiliserte, ordnet og gjentatte i sin form. De er spilt som en del av et teaterstykke (ibid). Ritualer kan forstås som kommunikasjonsmidler, med en aksiomatisk karakter, som betyr en selvinnløsende påstand, som ikke er åpne for diskusjoner eller kritiske refleksjoner. De tilhører den del av kulturen som er implisitt og gitt. Ved å forsøke å avsløre meningen i dem vil de miste sin kraft (ibid). Ritualer er med på å skape orden og mening, og de gir løfter om forutsigbarhet og stabilitet. Moore og Myerhoff skiller mellom religiøse og ikke religiøse ritualer. De ikke religiøse ritualene henviser til det hellige ved samfunnet og dets individer. At noe er hellig kan forstås at det ikke kan stilles spørsmålstegn ved. Det fremstår som sant uten tvil (ibid). Som en del av samfunnet er selvet hellig, noe som gir individet en plikt til å stå frem med verdighet og til å behandle hverandre med respekt. Denne respekten vises gjennom påbuds- og forbudsreglene, gjennom positive og negative ritualer, og gjennom handlinger som symboliserer det hellige ved individene som handlingene er rettet mot (ibid). Goffman sier det slik: ”The self is in part a ceremonial thing, a sacred object which must be treated with proper ritual care and in turn must be presented in a proper light to others” (Goffman, 1982, s. 91).

Goffmans analyse av hverdagslivets rollespill og samhandling må ses i sammenheng med hans forfatterskap om selvet (Kristiansen, 2005, s. 215). Goffman beskriver selvet som en sosial og foranderlig størrelse. I lys av Goffmans forståelse vil selvet alltid være gjenstand for forhandlinger mellom eieren og det sosiale publikum. Goffman interesserer seg for det sosiale

selvet og ikke det selvet individet har i sitt indre (ibid). I følge Kristiansen fjerner Goffman seg fra et rendyrket symbolsk interaksjonistisk syn på selvet, fordi han legger mer vekt på situasjonens krav enn de symbolske kommunikasjons- og fortolkningsprosesser (Kristiansen, 2005, s. 216). Goffman påstår at selvet er noe som skapes i samarbeid med andre. Selvet forstås sosialt fordi det er uløselig forbundet med sosiale arrangementer, og er avhengig av et fortolkende publikum (ibid). Flere forfattere forstår Goffmans beskrivelse av selvet som en dobbelthet. Selvet kan oppfattes som et produkt av en konkret scene, men også oppfattes som en inntrykkstyrt performer, eller opptreden (Kristiansen, 2005, s. 217).



## **3 Metodisk tilnærming**

### **3.1 Design og metode**

Min innfallsvinkel til å studere humor er gjennom feltarbeid, hvor jeg som hovedmetode har brukt deltagende observasjon. Jeg observerte i en operasjonsavdeling over en periode på seks uker i mai og juni 2007. I tillegg utførte jeg i januar og februar 2007 et pilotprosjekt med tre intervjuer av operasjonssykepleiere fra et annet sykehus. Formålet med pilotintervjuene var å komme videre i prosjektet, og å få nye tilnærmingsmåter og idéer til temaet humor i operasjonssykepleien før jeg startet selve observasjonen. Under analysearbeidet har pilotintervjuene gitt utfyllende perspektiver. Jeg har innhentet tillatelse fra intervjusubjektene og veileder til å oppgradere pilotintervjuene til vanlige intervjuer. Mine analyser bygger først og fremst på mitt feltarbeid, i tillegg har jeg brukt data fra intervjuene i analysen.

### **3.2 Deltagende observasjon**

Mitt valg av metode er nært knyttet til temaet i oppgaven, nemlig humor. Humorens karakter gjør at den må studeres der den kommer til uttrykk. Det ville selvfølgelig også vært mulig å studere humor på andre måter; skriftlig materiell eller hvordan folk reflekterer om humor. Men jeg ønsket å studere humor i operasjonssykepleien og dette gjorde at jeg måtte være til stede der operasjonssykepleierne var, for å se og kjenne på humoren slik den kom til uttrykk der og da. Min oppgave preges av at Goffman har vært min sentrale inspirasjonskilde. Han er talsmann for en forskningstradisjon hvor forskeren skal være nær til det som studeres (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002). Goffman anvendte selv observasjon som metode til sine arbeider. I dette kapittelet bruker jeg flere teoretikere som er tilknyttet feltforskning, blant andre Album (1996), Fangen (2004) og Wadel (1991). Felles i deres undersøkelser er å gripe relasjoner og samhandlinger mellom mennesker (ibid).

I følge Fangen (2004, s. 141) vil bruk av deltagende observasjon som metode vise hva som faktisk skjer i praksis, i motsetning til intervju, hvor dataene mer kan ses på som en selvpresentasjon. Album (1996, s. 236) sier at det å være deltagende observatør også innebærer å intervju de som observeres. Intervjuene i et feltstudium kan være planlagte og formelle, men kan også være uformelle samtaler (ibid). Under observasjonen hadde jeg et par samtaler som kan kalles ustrukturerte intervjuer, ellers foregikk samtalene underveis der det var naturlig. Album hevder at intervjuer i observasjon kan være med å markere forskerrollen som et symbol fordi mange forbinder forskning med intervjuer (Album, 1996, s. 237).

### 3.2.1 Interaksjonistisk perspektiv

Mik-Meyer og Järvinen (2005, s. 9) har valgt interaksjonisme som en felles betegnelse for kvalitative perspektiver innenfor intervju og observasjon. Et interaksjonistisk perspektiv får konsekvenser for hvordan en forsker bearbeider og genererer sitt datamateriale. Et kjennetegn ved et interaksjonistisk fokus på et empirisk materiale, er å se på materialets flertydighet, kontekstafhængighet og produktivitet (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 15). En forsker med interaksjonistisk perspektiv undersøker meningsproduksjonen som blir skapt gjennom den sosiale verden. Det motsatte er at forskeren avdekker diverse mer eller mindre stabile livsverdener. Fokuset skal heller være på den mening som blir produsert gjennom interaksjon mellom forsker og deltagere. Et annet kjennetegn på interaksjonistisk analyse er å fokusere like mye på **hvordan** ting blir sagt, som på **hva** som blir sagt (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 39). En interaksjonistisk begrepsramme flytter oppmerksomheten bort fra enkeltpersoners opplevelser, og oppmerksomheten rettes til samhandling mellom mennesker og for interaksjonens kontekst (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 98).

### 3.2.2 Datainnsamling

Jeg var deltagende observatør i en forholdsvis liten og spesialisert operasjonsavdeling ved et stort sykehus. Jeg var bevisst på å velge et sykehus jeg ikke hadde noen tilknytning til som lærer i operasjonssykepleie. Til sammen var jeg til stede på 11 vakter, inkludert dagvakter, senvakter og helgevakter. Mitt ønske var å observere i en avdeling hvor det var døgntkontinuerlig drift, og hvor pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp behandles. Jeg har en formening om at en slik avdeling kan vise et større mangfold i forhold til stress og kompleksitet enn en ren dagkirurgisk enhet.

Min erfaring fra tidligere var at stemningen i en operasjonsavdeling kunne være annerledes på vakter om kveldene, om nettene og i helgene enn på dagvakter. Å observere til ulike tider på døgnet ga meg en annen type informasjon enn om jeg kun hadde vært til stede på dagtid. Mitt fokus var å observere operasjonssykepleiere og ikke alle ansatte i avdelingen. På den måten ble det enklere å ivareta forskningsetiske utfordringer som blant annet informasjon og informert samtykke. De ansatte går vakter, og et operasjonsteam vil hele tiden bestå av nye mennesker. Samtidig vil det være nødvendig å sette operasjonssykepleierne inn i en kontekst fordi de arbeider sammen med flere yrkesgrupper i team.

Jeg ble tatt godt imot i avdelingen, både av ledelsen og de ansatte. Likevel var det en utfordring å finne en stil og rolle som var fruktbar slik at jeg kunne få relevante data. Som lærer er jeg vant til å være i avdeling og observere studenter, og denne erfaringen var nyttig som deltagende observatør. Selv om jeg ble tatt godt i mot, kunne jeg også merke motstand mot å ha meg som observatør i alle situasjoner. Jeg prøvde så godt jeg kunne å ikke fotfølge de ansatte, da det kan oppleves ubehagelig å bli observert.

I utgangspunktet hadde jeg planlagt å følge noen utvalgte operasjonssykepleiere på deres vakter slik at jeg kunne observere samme personer over tid. Dette også med tanke på at informantene kunne bli vant til å ha meg med og føle seg trygge. Hverdagen er imidlertid annerledes, og allerede første dagen hadde den ene operasjonssykepleieren jeg hadde avtale med byttet vakt, og den andre var syk. Men alle operasjonssykepleierne var informert, både muntlig og skriftlig, om at jeg skulle være i avdelingen, og det var aldri noe problem å få gå sammen med andre.

### **3.2.3 Tilgang til feltet**

Mitt ønske var å samle inn data i en avdeling hvor jeg selv ikke hadde tilknytning til som lærer. Jeg tok først muntlig kontakt med ansvarlig for forskning ved sykehuset, hvor jeg presenterte meg og mitt prosjekt, for så å sende forespørselen skriftlig. Deretter ble jeg henvist til å ta direkte kontakt med lederne på ulike operasjonsavdelinger. Min første kontakt ble mislykket. Avdelingslederen uttrykte liten interesse for å ha meg tilstede som observatør i avdelingen. Ukene gikk uten positiv respons, og jeg vurderte å ta kontakt med et av de sykehusene jeg kjente, selv om det ikke ville være optimalt. Etter en stund kom jeg heldigvis i kontakt med en oversykepleier som var svært positiv til å være med på prosjektet. Med henne som døråpner fikk jeg tilgang til å observere i en avdeling som passet mitt prosjekt. Jeg besøkte avdelingen, og fikk ordnet skriftlig tillatelse til prosjektet. I tillegg undertegnet jeg skjema for taushetsplikt i forhold til sensitive opplysninger om pasienter. Samtidig fikk de ansatte i avdelingen informasjonsskriv og samtykkeerklæring jeg hadde skrevet i forhold til mitt planlagte prosjekt. Jeg sa meg villig til å komme og holde et møte for de ansatte for å informere om hva oppgaven min gikk ut på. Oversykepleier sa hun selv ville informere leger, anestesipersonale og operasjonssykepleiere på et avdelingsmøte, slik at informasjonen om meg og mitt prosjekt ble gitt til alle ansatte.

Jeg fikk tilgang til å observere ved denne operasjonsavdelingen mot at jeg var behjelpelig med enkle oppgaver som å åpne utstyr ved forberedelser til operasjonene, og i tillegg

eventuelt hjelpe til med andre oppgaver hvis det var behov. Å hjelpe til med enkle oppgaver ga meg en følelse av å være litt nyttig, samtidig som det var lettere å komme i prat med operasjonssykepleierne når man gjør noe sammen. Jeg var hele tiden åpen på min rolle som forsker i avdelingen, og at jeg ikke kunne gå inn i behandlingen av pasienter.

### **3.2.4 Presentasjon av observasjonsavdelingen**

Av hensyn til å ivareta etiske krav om ansattes og pasientenes anonymitet, har jeg valgt ikke å presentere hva slags operasjoner avdelingen utfører. Operasjonsavdelingen var en spesialisert avdeling ved et forholdsvis stort sykehus. Operasjonsavdelingen behandlet flere typer diagnoser som krevde spesialisert og avansert kirurgi. Flere typer inngrep var ukjente for meg fra den tiden jeg arbeidet som operasjonssykepleier. De fleste operasjonene varte et par timer, men noen kunne være svært lenge. Mitt fokus var å observere operasjonssykepleiernes samhandlinger, både den som skjer inne på operasjonsstuene, i korridoren og vaktrommet. For min datainnsamling vurderte jeg derfor ikke pasientenes diagnoser og hvilke inngrep de skulle gjennom som relevante. Samtidig forstår jeg at andre typer inngrep, eksempelvis ved en dagkirurgisk avdeling, ville gitt en annen type informasjon om operasjonssykepleieres samhandlinger.

### **3.2.5 Utvelging av informanter**

Å velge hvilke og hvor mange representanter en undersøkelse skal ha er forskjellig for kvantitativ og kvalitativ forskning. Heggen og Fjell (1998, s. 71) hevder at det er variasjon og mangfold som blant annet preger feltobservasjon. Variasjon og mangfold kan være typologisk representativitet i følge Thorsen (ibid). Thorsen er inspirert av Jette Fog. Fog snakker om kvalitativ, ikke-statistisk representativitet, og det å velge typiske representanter. Det er ut ifra tema og problemstilling at informantene velges. I en kvalitativ undersøkelse kan ikke utvalget være statistisk representative, men utvalget kan være en kriteriebestemt utvelgelse, eller en såkalt tilfeldig utvelgelse (ibid). Jeg opplever at mine informanter i observasjonsstudien er tilfeldig utvalgt, fordi jeg ikke kjente noen fra før. Jeg takket ja til en operasjonsavdeling jeg ikke hadde noen som helst tilknytning til, men som oppfylte mine ønskede kriterier om å ha tredelt turnusordning og som behandlet øyeblikkelig hjelp. Et slikt tilfeldig utvalg skal heller ikke i følge Heggen og Fjell (1998, s. 72) forveksles med en representativ tilfeldig utvelgelse som i kvantitative studier. I pilotprosjektet med intervjuer valgte jeg selv ut de operasjonssykepleierne jeg ønsket å intervju. Disse var fra andre sykehus enn der jeg observerte.

Operasjonsavdelingen jeg observerte i hadde 22 ansatte operasjonssykepleiere, hvorav to var menn og resten kvinner. Alderen på de ansatte var fra 27 til 60 år. I løpet av den perioden jeg var i avdelingen rakk jeg å hilse på og observere 17 av de ansatte. Jeg opplevde at et par operasjonssykepleiere ble såkalte nøkkelinformanter som på en særlig måte ga verdifulle data, fordi jeg fikk gå sammen med dem på flere vakter.

### **3.3 Forforståelse**

Malterud (2003, s. 47) beskriver hvorfor det er av stor betydning å synliggjøre vår forforståelse før vi begynner et prosjekt. Forforståelse er i følge Malterud de erfaringer, hypoteser og faglige perspektiver vi har med oss som utgangspunkt i forskningen (ibid). Hun hevder at vår forforståelse kan være både en fordel og en ulempe. Fordelene kan være at vår forforståelse er som en motivasjon for å undersøke et spesielt tema. Ulempene kan blant annet være at ryggsekken med erfaringer og hypoteser kan virke som skylapper slik at vi ikke evner å lære eller utvide vår horisont av materialet i prosjektet (ibid). Ved å ha et bevisst forhold til vår forforståelse kan de negative konsekvensene forebygges. For å oppnå det er første bud å være klar over forforståelsen og de forventninger vi tror vi vil finne i undersøkelsen ved å ha synliggjort og reflektert over dette i starten av et prosjekt. På den måten kan forforståelsen være med å styrke reliabiliteten i et prosjekt fordi jeg som forsker kan vise til at ved prosjektets slutt har jeg kommet lenger enn forforståelsen tilsa, og ikke bare bekreftet de antagelser som ble synliggjort i forforståelsen (Malterud, 2003, s. 48).

Malterud hevder at som forskere skal vi arbeide aktivt for å legge bort vår forforståelse og teoretiske referanseramme når vi skal bli kjent med datamaterialet, dette som en forutsetning for at vi skal kunne stille oss åpne for de inntrykk materialet kan gi (Malterud, 2003, s. 100). Dette er et synspunkt som det kan stilles kritiske spørsmål til. For hvordan kan vi legge bort vår forforståelse? Fangen henviser til både Heidegger og Habermas som hevder at all forståelse viser tilbake til en førforståelse vi faktisk ikke kan fri oss fra (Fangen, 2004, s. 43). I følge Heidegger representerer nettopp vekslingen mellom vår forståelse og vår førforståelse den hermeneutiske sirkel (ibid). Fangen anbefaler som et ledd i å bevisstgjøre egen forforståelse å notere alt man vet om feltet som skal studeres før feltarbeidet startes. Forforståelse kan gjennom det fremstå som en kontrast til de funn som etter hvert defineres via datamaterialet (ibid). Fangen fremhever det som et ideal å kunne gå inn i feltet med et åpent sinn. Samtidig må forsker ha kunnskap om feltet for å kunne nærme seg det på en

hensiktsmessig måte. Poenget er å kunne synliggjøre hva min forkunnskap eller forforståelse består av, i motsetning til å tro at den ikke finnes (Fangen, 2004, s. 44).

Haavind fremhever at forskeren ikke ukritisk kan legge frem egne innfall (Haavind 2001, s. 9). I følge Haavind er forskeren, med sin forforståelse, og gjennom det intersubjektive møtet mellom forsker og informant, en viktig kilde til fortolkning, og ikke en feilkilde tross forskerens subjektive rolle (ibid).

Så hva er min forforståelse i forhold til humor i operasjonssykepleien? Min forforståelse preges av de erfaringer jeg har både som lærer i operasjonssykepleie, og som operasjonssykepleier. Jeg opplevde at humor ble brukt på gode og mindre gode måter, men jeg hadde aldri problematisert hva humor var eller hvordan den ble gjort til en meningsbærende kategori. Jeg var imidlertid kjent med begrepet galgenhumor. Og da jeg gikk ut i feltet forventet jeg nok å observere mye galgenhumor, men også humor på avveie eller humor brukt destruktivt, hvor grensene er strukket for langt, og hvor humoren kunne bli opplevd som et maktmiddel og et uttrykk for krenkelse, sarkasme og latterliggjøring.

Jeg tenker selv at min interesse for humor ble vekket gjennom oppvekst i et hjem med mange søsken og ofte mye kaos, men hvor mine foreldre hadde evnen til å ta brodden av dagliglivets mange gjenstridigheter gjennom et humoristisk perspektiv. Denne livserfaringen var trolig med på at jeg tok min informants<sup>11</sup> utsagn om bruk av humor som en mestringsstrategi på ramme alvor. Kirsten Danielsen beskriver i sin artikkel "Livshistoriens hvite flekker" hvordan forskerens biografiske interesse eller erfaring kan være til stede som hvite flekker i en hver fremstilling (Danielsen, 1993, s. 354). Ved å lese hennes artikkel får jeg en forståelse av at min erfaring hjemmefra nettopp kan være som en hvit flekk i min interesse for humor som jeg ikke tidligere har vært bevisst. Danielsen hevder at det er ikke bare informantene som har flerfoldige historier å fortelle, men at forskerens historie også implisitt kan fortelles gjennom datamaterialet (ibid). Sosiolog Gert Sundstrøm reflekterer over hvordan hans erfaringer har påvirket hans forskningsfelt uten at han tidligere var det bevisst. Han hevder at da han oppdaget det, gjorde ikke det resultatene i forskningen mindre troverdige, men kunne faktisk være en forklaring på engasjementet (Danielsen, 1993, s. 355). Mine erfaringer med humor hjemmefra kan være en forklaring på mitt engasjement for temaet humor, og som en forklaring på at jeg alltid har hatt et positivt forhold til humor, og tenkt på humor først og

---

<sup>11</sup> Jeg henviser her til informant i intervju i forbindelse med eksamen i forskningsmetoder i 2006. Dette forklarer jeg nærmere under bakgrunn for valg av tema i oppgavens innledning.

fremst som en egenskap og noe positivt. Det har muligens gjort at jeg ikke har vært så opptatt av hvordan rammer former humorens uttrykk, hva som skjer i sosial samhandling og hvordan humor inngår som mening i sosial samhandling, og hvordan for eksempel både kjønn og makt er innvevet i humor.

### **3.4 Forskerrollen**

#### **3.4.1 Skjervheims deltager- og tilskuer perspektiv**

Jeg har gjennom flere år vært inspirert av Skjervheims deltager- og tilskuerperspektiv fordi hans syn gir meg et perspektiv på hvordan jeg som person, både privat og som fagperson, kan møte andre mennesker og hvilke konsekvenser min måte å møte andre på kan ha. For meg gir hans teori både innsikt og inspirasjon til hvordan jeg ønsker å være i forskerrollen.

Hans Skjervheim (1926-1999), norsk filosof, har hatt stor betydning i den såkalte positivismestriden (Skjervheim, 1996, s. 78). Han knytter seg til filosofiske strømninger som fenomenologi, hermeneutikk og eksistensialisme. Skjervheim beskriver to måter å møte et annet menneske på; som deltager eller som tilskuer (ibid). I en deltagerposisjon lar jeg meg (ego) engasjere av den andre (alter) og vedkommendes problem hvor begge blir opptatt av det som er saken. Et deltagende perspektiv preges av nærhet, likeverd, sympati, empati og en gjensidig relasjon til den andre. Skjervheim sier videre at en parallell til et deltagerperspektiv kan være Sokrates` (Platons talerør) vektlegging av dialogen som preges av engasjement til det som diskuteres (ibid).

Ut ifra et tilskuerperspektiv engasjerer jeg meg ikke i den andres sak, bare konstaterer det som blir sagt. På den måten kan den andre objektiviseres, eller tingliggjøres med fare for at avstand mellom partene kan oppstå (Skjervheim, 1996, s. 78). Ved å objektivisere den andre tas ikke det som sies på alvor, vedkommende gjøres om til et faktum eller et kasus. Et annet navn på objektivisering er, i følge Skjervheim positivisme (ibid). En objektiverende innstilling kan oppfattes som et angrep på den andres frihet, som igjen kan oppfattes som et uttrykk for makt ved å skaffe seg herredømme over den andre, nettopp ved å gå til angrep på den andres frihet (ibid).

I følge Skjervheim (1996, s. 74) må vi søke etter menneskets frihet gjennom det transcendentale ego. Transcendental betyr mulighetsgjørende. Og hva er så menneskets frihet? Skjervheim hevder vi kan flykte fra friheten ved å la arv og miljø velge for oss. Han sier videre: ”Nettopp fordi fridomen ikkje er eit faktum, er han heller ikkje automatisk til stades,

han er berre mogleg, og fordi han berre er mogleg, kan han og vera fraverande eller somlast bort” (Skjervheim, 1996, s. 74). Vi kan altså komme til å glemme at vi som mennesker er fri og skapende og har mulighet til å bli slik vi egentlig ønsker. Skjervheim henviser til Kierkegaard og sier ”at blive subjektiv” er hele tiden å velge, velge seg selv i egentlighet (Skjervheim, 1996, s. 87).

Skjervheim hevder at jeg som menneske ikke kan velge å være engasjert, jeg er allerede engasjert fordi jeg er i denne verden. Men jeg kan velge hva jeg vil engasjere meg i, og ikke la andre velge for meg. I deltagende observasjon deltar jeg ikke ensidig som forsker, men også som menneske (Skjervheim, 1996, Album, 1996). Fangen hevder at deltagende observasjon gjør forsker engasjert, fordi det er enklere å skrive om et felt hvor forsker har deltatt i samhandling og samtaler med informantene og vært til stede i situasjonene (Fangen, 2004, s. 10). Å være deltagende observatør, og selv være tilstede i episodene jeg skriver om i analysen, brakte frem et sterkt engasjement hos meg, både som forsker og som menneske.

### **3.4.2 Ulike forskerroller**

Wadel (1991, s. 45) forteller i sin bok ”Feltarbeid i egen kultur” om nødvendigheten av å utarbeide ulike forskerroller. Han hevder at kun å fremheve forskerrollen kan være med på å hindre adgang inn til det feltet du ønsker å studere (Wadel, 1991, s. 27).

Min erfaring er at det var flere roller som hjalp meg til å få adgang til å observere i operasjonsavdelingen, eksempelvis ved å være behjelpelig i avdelingen og åpne utstyr inne på stua. Å hjelpe til inne på stua forutsatte en viss kunnskap om operasjonssykepleiernes funksjoner. Uten den kunnskapen måtte informantene ha ”passet” på meg slik at jeg eksempelvis ikke uforvarende gjorde sterilt utstyr usterilt. Å være operasjonssykepleier ga adgang til fri bevegelse uten å bli plassert i et hjørne fordi jeg visste hvordan jeg skulle oppføre meg innenfor gjeldende rammer. Samtidig tror jeg min rolle som lærer ga en viss status i avdelingen. Informantene er vant til at studenter har lærer med i avdelingen. Jeg var hele tiden åpen på at jeg var til stede som forsker, og presenterte meg som masterstudent samtidig som jeg sa noen ord om hva jeg skulle skrive om. ”Ok”, ble det svart, ”men hva jobber du med?” Jeg tolket det slik at informantene synes det var mer interessant hva jeg jobbet med, og at det ikke var tilstrekkelig å være student. Deres fokus på min jobb kan kanskje også ha med at jeg er godt voksen, og ingen typisk ung student. I ettertid har jeg reflektert over at lærerrollen kunne virke negativt på informantene fordi den implisitt kan signalisere kontroll av deres oppgaver. I tillegg kunne informantene muligens oppleve en



komplementær rolle overfor meg som lærer. I starten av feltstudiet støttet jeg meg mest til lærerrollen fordi det er den rollen jeg er tryggest i. Forskerrollen var ny og litt skremmende. Som lærer er jeg vant til å observere studenter i praksis, og brukte den erfaringen i min nybegynnerrolle som forsker.

Wadel hevder at forskerrollen kan være vanskelig for informantene å forstå fordi de ikke alltid kjenner til hva en slik rolle innebærer (Wadel, 1991, s. 60). Mange informanter har heller ikke kjennskap til hva det vil si å være informant (ibid). Album brukte intervjuer for å markere sin forskerrolle i sin observasjonsstudie av pasienter på sykehus fordi mange forbinder forskning med intervjuer (Album, 1996, s. 237). På en ettermiddagsvakt spurte jeg to informanter om å få ta opp samtalen på bånd mens vi satt og pratet på vaktrommet. Det fikk jeg, og samtidig undret informantene seg over hva jeg kunne få ut av å bare gå sammen med dem. Dette fortalte meg at informantene opplevde en "intervjusituasjon" med diktafon som mer seriøs forskning enn observasjon alene. Samtidig tilkjennega de at det ikke bare var jeg som vurderte dem - de vurderte også meg.

Fangen (2004, s. 117) sier at ved å være til stede som forsker påvirkes situasjonene. Videre fremhever hun at de fleste av oss har en barriere mot å være påtrengende i sammenhenger der vi ikke naturlig hører med (Fangen, 2004, s. 131). Å bli observert, eller iakt tatt, påvirker informantenes følelse av frihet og naturlighet. Fangen hevder videre at idealet for en forskers tilstedeværelse er at den ikke skal oppleves ubehagelig for deltagerne (2004, s. 103). For å kunne oppnå et slikt ideal må forskeren kunne gli naturlig inn i samhandlingen ved å småprate i tillegg til å følge de sosiale regler som implisitt gjelder i avdelingen (ibid).

I ettertid har jeg reflektert over hvorvidt min tilstedeværelse som forsker påvirket samtalene på vaktrommet mer enn inne på operasjonsstua. Der var operasjonssykepleierne nødvendigvis fokusert på oppgavene de skulle utføre. Det var ikke alltid resten av det kirurgiske teamet var klar over min rolle, og derfor tror jeg heller ikke den påvirket i like stor grad der som på vaktrommet. På vaktrommet kunne jeg være med å styre temaene for samtalene. Jeg vil også anta at informantene diskuterte temaer de mente kunne være av interesse for meg, og derfor fremstå på en annen måte enn ellers. Min tilstedeværelse kan ha vært en mulig demper på humorinnspill. Siden jeg aldri la skjul på min interesse for humoren som ble brukt i avdelingen, kunne min tilstedeværelse som deltagende observatør også være med på å øke humorinnspillene. Robinson hevder at å forske på humor når de som observeres er klar over at det er et fokus, kan nettopp disse reaksjonene skje (Robinson, 1991, s. 6).

En viss ydmykhet i forskerrollen kan være et godt utgangspunkt. Heggen sier noe om at forskers etiske aktsomhet bør få utslag i varhet for situasjoner hvor forsker ikke nødvendigvis bør delta, nettopp av hensyn til eksempelvis pasient (Heggen, 1995, s. 70). Jeg tok denne varheten på alvor ved ikke å være med på operasjoner hvor min tilstedeværelse kunne oppleves ubehagelig for pasienten, eller at jeg av og til lot informantene mine slippe å ha mitt observerende blikk på seg til en hver tid. Min forskerrolle ga ikke fri tilgang til alle operasjoner. Jeg fikk tillatelse til å være med på operasjoner sammen med operasjonssykepleiere, og kunne ikke gå inn og ut på operasjonsstuene uten tillatelse. I korridoren og på vaktrommet opplevde jeg ingen restriksjoner i forhold til adgang som forsker.

Hylland Eriksen påpeker at det kan være lett å havne i en ufrivillig klovnerolle mens man observerer (Fangen, 2004, s. 112). Selv om han her først og fremst viser til å være forsker i utlandet med annet språk og ukjente kulturelle koder, kan sannelig forskerrollen som deltagende observatør gi en opplevelse av klovnerolle selv i eget land. På en senvakt fredag ettermiddag var det nesten helt tomt for klær i garderobeskapet. Jeg ble nødt til å ta på meg det som var tilgjengelig av arbeidsklær - alt for trange klær, sko to nummer for små, og en lyseblå hette som minnet om en gammeldags dusjhette. I tillegg hadde jeg glemt navneskiltet mitt. I dette kostymet følte jeg meg ikke komfortabel, men mer som en komisk figur. Mitt antrekk ble kommentert og utløste humoristiske kommentarer på rapporten.

Under en operasjon litt senere denne ettermiddagen, var jeg svært konsentrert med å notere. Mitt fokus var å observere operasjonssykepleierne, og derfor trodde jeg i min naivitet at jeg ikke var så synlig eller interessant for resten i det kirurgiske teamet. Jeg satt halvt bortvendt fra feltet, og la derfor ikke merke til kirurgen som forsøkte å oppnå kontakt med meg for å få hjelp til å ta av vernebrillene hun hadde på. Hun kom mot meg, og jeg skvatt så både notatblokk og blyant trillet bortover gulvet. Det må unektelig ha vært et komisk syn, og minte meg på at jeg ikke var så usynlig i min forskerrolle som jeg av og til trodde, eller kanskje ønsket.

Oversykepleier og jeg hadde diskutert hva slags form for identifikasjon jeg skulle ha på meg mens jeg observerte i avdelingen. Vi ble enige om at jeg skulle bruke navneskilt hvor det stod operasjonssykepleier, først og fremst av hensyn til pasientene. Av og til opplevde jeg at anestesipersonalet så på navneskiltet mitt, og fordi det stod operasjonssykepleier, kunne de forvente at jeg opptrådte som en operasjonssykepleier. For dem måtte jeg oppleves som en passiv operasjonssykepleier. Det ga meg mer enn én gang ambivalente følelser fordi jeg ikke

kunne innfri forventningene til rollen navneskiltet ga. Operasjonssykepleierne visste og var informert om min rolle, og hva de kunne forvente av meg. Selv om alle ansatte hadde fått informasjon om min tilstedeværelse, forstod jeg at de ikke husket det til en hver tid.

Da jeg hadde observert noen vakter, opplevde jeg at lærlingrollen var mer hensiktsmessig å bruke enn lærerrollen. Lærlingrollen åpnet for at det var mer legitimt å spørre, også om helt elementære ting. På den måten opplevde jeg det enklere å se på operasjonssykepleierne med nye øyne. Lærerrollen kunne være begrensende fordi den lukket muligheten for å spørre om de mest selvsagte ting. I ettertid kan jeg se at jeg brukte lærerrollen i starten fordi jeg følte meg usikker i forskerrollen.

Å bruke lærlingrollen gjorde det mer legitimt å lære av informantene. Samtidig kunne det være vanskelig for informantene å akseptere at jeg som lærer inntok lærlingrollen fordi det forventes at jeg som lærer kan operasjonssykepleie. Men jeg tror likevel at ved å velge et ukjent sykehus, var det lettere å veksle mellom disse rollene enn om jeg hadde vært på et sykehus hvor jeg var kjent, og de ansatte kjente meg som tidligere kollega og lærer.

Lærlingrollen skal heller ikke trekkes for langt ved eksempelvis å stille for naive spørsmål, noe som i følge Heggen og Fjell kan være med på å vekke irritasjon (1998, s. 76). Samtidig hadde jeg som voksen forsker, og lærer med erfaring, heller ikke noe ønske om å avsløre en uvitenhet som ikke var reell.

### **3.4.3 Åpenhet og refleksjon**

I følge Heggen og Fjell (1998, s. 67) kan etnografi sies å være en betegnelse for et helhetlig forskningsopplegg og ikke kun en metodeteknikk. Etnografi og deltagende observasjon er betegnelser som blir brukt parallelt, og betegnelsen etnografi omfatter alt fra begynnelse til slutt i et slikt forskningsopplegg (ibid). Begreper som åpenhet og refleksjon, nærhet og distanse er hovedprinsipper som blir vektlagt innenfor etnografi. Forfatterne understreker at etnografi ikke er en metode for å samle inn og finne data, men en metode for å konstruere og skape data (ibid).

Feltforskning karakteriseres av åpenhet og refleksivitet (Heggen og Fjell, 1998, s. 79). Åpenhet betyr i denne sammenheng at spørsmål, svar, empiri og begreper skal være åpne for revisjon, forhandling og kritikk (ibid). Åpenhet kan forstås som en fleksibilitet og vilje til å omforme eksempelvis problemstillingen etter hvert som innsikten i problemområdet øker

(ibid). Forutsetning for at forsker som subjekt skal kunne være en ressurs, er at refleksjon medfører en kritisk oppmerksomhet på seg selv som forsker, noe som innebærer en reflektert vurdering av dataskaping både gjennom prosess og resultat. Å være en reflektert forsker innebærer også en distanse gjennom å bruke teori (Heggen og Fjell, 1998, s. 80).

I artikkelen "Forskererfaringer og refleksjon", diskuterer Solvoll m.fl. (2005, s. 4) kravet til forskers refleksjon, et krav som har blitt sterkere fokusert det siste tiåret. Kvalitative metodetilnærminger begrunnes blant annet i oppfatningen om å se på forholdet mellom forsker og forskningssubjekt som et intersubjektivt forhold. Denne oppfatningen kan forstås som å bryte med tidligere normer som hevder at forsker skal være nøytral eller objektiv (ibid). Å gi forskeren en dialogisk posisjon til de som det forskes på, kan ses på som en posisjon som åpner for mottagelighet for andres erfaringer. Refleksjon blir et nøkkelord for forskeren over hvem vedkommende er, og for de erfaringer forskerrollen kan bidra med til ny kunnskapsutvikling (ibid).

Forfatterne av artikkelen hevder at det helt fra Chicagoskolen i sosiologi fra 1920-30 årene, har vært stilt krav om en metodereflektert tilstedeværelse av forsker (Solvoll m.fl., 2005, s. 6). På mange måter har begrepet refleksjon blitt gjenoppdaget og det snakkes om en "reflective turn". Solvoll viser til Schibby som fremholder at det er utfordrende for mennesker å skulle reflektere over seg selv og sine roller (Solvoll m.fl., 2005, s.7). Å arbeide for å kunne få distanse til seg selv er også å kunne se den andre, i tillegg å se seg selv ut ifra den andres perspektiv (ibid). Selvrefleksivitet kan forstås som å ha tanker om egne tanker, og være oppmerksom på egne følelser og prosesser. Gjennom slike refleksjoner kan forskerens egne opplevelser i forskerrollen være med på å gi nye data, og deretter ny kunnskap. Å dvele ved små erfaringer under observasjonen kan være med å synliggjøre egen forforståelse og fordommer (Solvoll m.fl., 2005).

Allerede den andre dagen under feltstudiet havnet jeg i en episode, som gjennom refleksjon, ga meg en opplevelse av at jeg som forsker var akseptert. Samtidig hadde jeg en følelse av at operasjonssykepleieren egentlig ikke ville ha meg med som observatør. Jeg hadde akkurat takket henne fordi hun hadde sagt seg villig til å gå sammen med meg. Hun svarte på en måte som ga meg en følelse av å være i veien: "Ja, jeg kan jo ikke akkurat nekte heller!" Samme dag skulle en sykepleierstudent være til stede sammen med oss. Sykepleierstudenten henvendte seg til meg utenfor vaskene ved operasjonsstua for å spørre hva hun skulle gjøre. Jeg forklarte at jeg ikke var ansatt, og at jeg selv skulle være med å observere under

operasjonen. Jeg viste henne hvor hun kunne finne munnbind før hun gikk inn på stua. Inne på stua oppdaget operasjonssykepleieren studenten. I stedet for å hilse på studenten sa hun bryskt: ”Nå passer du deg, **gå** dit – **minst** en meter unna!” Studenten forsvant ned i et hjørne av rommet for ikke å komme bort i noe av det sterile utstyret. Jeg følte med studenten og hadde lyst til å gå bort til henne. Likevel valgte jeg å fokusere på forskerrollen og observere hvordan dette utviklet seg. Det ble gjort i stand mer sterilt utstyr i nærheten av der studenten sto, og hun rygget tilbake. Den samme operasjonssykepleieren sa, denne gang noe mildere i tonen: ”Akkurat **det** går fint”. Etter en stund ble sykepleierstudenten svært blek, og hun ble geleidet ut av stua for å få litt luft og noe å drikke for at hun ikke skulle besvime.

Denne episoden tydeliggjorde aksept for min tilstedeværelse. Jeg hjalp til med å åpne utstyr, og fikk bevege meg fritt inne på stua. Det var forventet at jeg hadde kunnskap om hvordan jeg ikke skulle gjøre sterilt utstyr usterilt. Det ble derimot ikke forventet av sykepleierstudenten, derfor ble hun plassert slik at hun ikke kunne gjøre noen ”skade”. Operasjonssykepleierens kommando til sykepleierstudenten minner om det Heggen beskriver som ”på plass” - signaler til studenter i sin forskning om sykehus som ”klasserom” (Heggen, 1995, s. 170). Ved å se hvor ekskludert studenten ble, bekreftet det i denne situasjonen operasjonssykepleierens inkludering av meg, samtidig som det viser studentens underordnethet. Studenten ble åpenbart plassert nederst i hierarkiet, og hadde tydelig ”vikeplikt” inne på operasjonsstua.

Gjennom observasjonsperioden ble jeg særlig oppmerksom på den stillhet og konsentrasjon som kunne råde under operasjoner. Som lærer har jeg gått inn og ut av operasjonsstuer for å observere studenter når det passet meg. Jeg har rett og slett ikke vært så oppmerksom på at jeg ved å komme inn på operasjonsstua midt i en operasjon, nettopp har vært med å uroe og forstyrre den konsentrasjonen jeg gjennom observasjonen hadde oppdaget som så avgjørende. Gjennom refleksjon av forskerrollen ble jeg klar over at jeg som lærer hadde vært med på å bryte en gjeldende ramme. Dette ble en aha-opplevelse for meg og min lærerrolle. Ingen har tatt dette opp med meg eller kommentert det tidligere, kanskje i frykt for å kritisere meg i min lærerrolle. Ved å reflektere over min forskerrolle har jeg fått ny innsikt i lærerrollen, en taus erfaring som nå er blitt kommuniserbar (Solvoll m.fl., 2005).

#### **3.4.4 Nærhet og distanse**

Nærhet og distanse er begreper jeg stadig møter i metodelitteraturen. Album hevder at deltagende observasjon må inneholde både nærhet og distanse (Album, 1996, s. 240-241). Han sier at en forsker må komme nær nok for å forstå de utforskedes verden. Samtidig må en

forsker komme fjernt nok fra dem slik at det er mulig å sette ord på det selvfølgelig. En deltagende observatør skal være både en fremmed og en venn. I følge Album er det å være både nær og fjern, fremmed og venn vanskelig å få til (ibid).

Skjervheim beskriver en deltagerrolle og en tilskuerrolle som ikke skal forveksles med nærhet og distanse i forskerrollen. En tilskuerrolle i Skjervheims perspektiv er å gjøre den andre til en ting som kan objektiviseres (Skjervheim, 1996, s. 78). En tilskuerrolle kan i denne forståelsen være å ikke ta det den andre sier på alvor, og vedkommende kan gjøres til et faktum. Skjervheims tilskuerrolle skal heller ikke forveksles med Goffmans tilskuerrolle, eller å være publikum, slik han bruker ordene i sin teatermetafor (Goffman, 1992).

Fangen omtaler deltagende observasjon som å opparbeide en intim kunnskap om det miljøet som skal studeres, samtidig kreves en analytisk og metodisk skolering (Fangen, 2004, s. 101). Hun sier videre at forskerrollen utfordrer til å finne posisjonen på balansevippen mellom deltagelse og analytisk distanse (ibid). Det ene ytterpunktet av de ulike deltagerrollene kan være scientisten som utfører sin forskning fra skrivebordet. Det andre ytterpunktet kan være forskeren som ved å gå helt opp i kulturen ender med å "go native" - altså å studere den ut ifra å være en fullverdig deltager som har mistet distanse og analytisk evne (ibid). Som et interessant paradoks peker Fangen på det Prieur uttaler om Goffman. Han fremstår som en distansert forsker, men har likevel uttalt at feltarbeidet ikke er godt nok før du har oppnådd å "go native" (Fangen, 2004, s. 105). Album fremstiller Goffman som ekstrem i forhold til andre sosiologer i sin utvendige måte å tolke adferd på (Album, 1996, s. 242).

Som deltagende observatør opplevde jeg av og til at jeg beveget meg utenfor vippepunktet, og begynte å nærme meg en overidentifisering, eller "go native", fordi jeg syntes operasjonene var så interessante i seg selv at jeg lett kunne bli oppslukt av kun å følge med på dem. En slik overidentifisering, eller å vippe til det andre ytterpunktet, som også kalles underidentifisering, kan være med å gi et svakt datautbytte (Heggen og Fjell, 1998, s. 81). Å være feltforsker gir utfordringer til å finne en balanse mellom det å delta uten å delta (ibid). Tiden mellom observasjonsperiodene, ga meg en distanse ved å skrive notater og leser teori. På den måten hjalp det meg å komme fjernt nok slik Album anbefaler. Å være forsker er en sammensatt, kompleks og utfordrende rolle!

### 3.5 Ethiske refleksjoner og vurderinger

Forskningsetikk er et begrep som i følge Den Nasjonale Forskningsetiske Komité (NESH), viser til et sett av verdier, normer og ordninger som bidrar til å regulere vitenskapelig virksomhet (Forskningsetiske komitéer, 2006). De forskningsetiske retningslinjene er utarbeidet slik at forskere kan bevisstgjøre sine refleksjoner over etiske holdninger, en bevisstgjøring som bør følge alle forskere fra begynnelse til slutt i forskningsprosjekter, store som små. Retningslinjer og lovgivning vil i noen tilfeller overlappe hverandre (Forskningsetiske komitéer, 2006, s. 7).

Ruyter viser til Nürnbergprosessen, som igjen leder til Nürnbergkodeksen (Ruyter m.fl., 2000, s. 148). Ett av de mest sentrale punkter i denne kodeksen er kravet om informert samtykke i forskning, et annet er at forskningsprosjekter skal vurderes av en uavhengig etisk komité (REK). Før jeg startet observasjonen søkte jeg etisk komité om tillatelse. Det viste seg ikke å være nødvendig fordi komitéen ikke oppfattet prosjektet som biomedisinsk eller helsefaglig da det ikke inkluderte pasienter, helse eller sykdom.

Mediene har i de siste årene fokusert på forskningsjuks. Torunn Jansen (2006) fremhever i sin artikkel ”Tillit, redelighet og kvalitet i forskning” at avsløringer av forskningsjuks påminner om behovet for bedre kontrollsystemer. Hun hevder videre at utfordringen blir å balansere mellom reguleringer og den frihet en forsker bør ha (ibid). Jeg tror debatten som foregår i media angående etiske prinsipper i forskning kan være bevisstgjørende både for forskere, deltagere og de som skal lese forskningsresultatene. Debatten bør holdes levende slik at respekt for menneskeverdet, og hensynet til dem det forskes på ivaretas og ansvarliggjøres av forskeren.

I følge forskningsetiske retningslinjer punkt 33 (Forskningsetiske komitéer, 2006) forplikter forsker seg til å tilbakeføre resultater fra studien i en forsvarlig og forståelig form. Med dette som bakgrunn har jeg avtalt at operasjonsavdelingen jeg observerte på skal få den ferdige masteroppgaven. Som forsker har jeg også et etisk ansvar for hvilken måte jeg legger frem min analyse på. Jeg har benyttet meg av Fangens tre stadier i fortolkningen av datamaterialet, og har blitt oppmerksom på mitt etiske ansvar som forsker ved at en for kritisk analyse kan oppleves som overtrap for dem jeg har observert (Fangen, 2004, s. 184). Som forsker vil det være viktig å finne en balanse i analysen slik at jeg ikke er for kritisk til informantene men mer til fenomenene jeg forsker på, og ikke minst være kritisk til min egen fortolkning.

I følge Kvale er det tre fremtredende etiske regler for forskning hvor mennesker er inkludert; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 2001, s. 66).

Et informert samtykke innebærer at informanten blir informert om undersøkelsen og dens intensjon på en slik måte at han/hun kan vurdere mulige ulemper og fordeler ved å delta. Deltagelsen skal hele tiden være frivillig, og det skal opplyses at vedkommende kan trekke seg når som helst (Kvale, 2001, s. 66). Et informert samtykke kan bidra til å styrke respondentens autonomi (Ruyter m.fl., 2000, s. 169).

Før jeg startet observasjonen sendte jeg ut både informasjonsskriv og samtykkeerklæring til operasjonssykepleierne. Jeg tilbød meg å komme og informere om prosjektet mitt, men oversykepleier ville selv informere de ansatte i avdelingen, inkludert operasjonssykepleiere, kirurger og anestesisykepleiere. Tillatelse til å observere fikk jeg skriftlig fra oversykepleier, og jeg skrev også under på taushetsløfte i forhold til taushetsbelagte og kritiske pasientopplysninger jeg ville få innsyn i. I mitt pilotprosjekt med intervjuer tok jeg direkte kontakt med de operasjonssykepleierne jeg ønsket å intervju. De fikk informasjon både muntlig og skriftlig.

Da jeg planla prosjektet reflekterte jeg over hvordan jeg kunne ivareta kravet til informert samtykke. Et spørsmål var hvor mange yrkesgrupper i operasjonsavdelingen som måtte involveres for at jeg skulle kunne belyse oppgavens problemstilling på best mulig måte. Jeg valgte å eliminere pasienter, anestesisykepleiere og kirurger og holde fokus på operasjonssykepleierne. Dette valget begrenset antall informanter samtidig som det bedret muligheten til å ivareta forskningsetiske utfordringer som informert samtykke. Et kirurgisk team bytter ofte medlemmer, og det er svært mange personer og yrkesgrupper involvert til en operasjon. Å inkludere alle yrkesgruppene ville vanskeliggjøre muligheten til å kunne gi alle informasjon om prosjektet til en hver tid, og til å få informert samtykke fra alle. Selv om søkelyset er rettet mot å observere operasjonssykepleierne, tillater jeg meg å observere dem i den konteksten de er en naturlig del av i operasjonsavdelingen. Jeg skal ikke primært analysere verken kirurgenes eller de andre ansattes utsagn, men fokusere på operasjonssykepleiernes reaksjoner på situasjonene. På denne måten mener jeg å ivareta forskningsetiske utfordringer i forhold til informert samtykke.



Etiske dilemmaer er til stede i all forskning, og i observasjonssituasjoner kommer jeg som forsker tett på mine informanter og må forholde meg til dem i mange ulike situasjoner. Selv om de samtykker til deltagelse er det ikke sikkert de forstår konsekvensene ved å delta. Et eksempel kan være, slik jeg tidligere nevnte, en informants svar da jeg takket henne fordi hun hadde sagt seg villig til å gå sammen med meg. ”Ja, jeg kan jo ikke akkurat nekte heller!” Jeg ble usikker på om dette ble sagt med et glimt i øyet eller i fullt alvor, eller som en kombinasjon av begge deler. En stund undret jeg meg over hvor frivillig deltagelsen til operasjonssykepleierne var i forhold til mitt prosjekt. I deltagende observasjon er det komplisert på forhånd å informere eller gi et bilde av akkurat hvordan forskningen vil være (Fangen, 2004, s. 155). Selv om alle operasjonssykepleierne hadde gitt tillatelse, er det vanskelig for dem å vite hvordan det vil oppleves å bli observert. Hvis det hadde vært noen som ikke ville delta, hadde jeg som forsker kunne unngått å delta på deres vakter.

Konfidensialitet sikres ved at informantenes identitet ikke skal kunne avsløres, og det gjøres som oftest gjennom anonymisering av navn og eventuelt bosted/arbeidssted. Hvis slik informasjon av en eller annen grunn må frigis, skal informanten(e) samtykke gjennom skriftlig avtale (Kvale, 2001, s. 68). Vern om personers privatliv og verdighet ligger til grunn for kravet om konfidensialitet (Forskningsetiske komitéer, 2006, s. 18).

Informantene i mitt prosjekt skal føle seg sikre på at dataene jeg fikk, gjennom observasjon, samtaler og intervjuer, blir konfidensielt behandlet og anonymisert. Jeg har i oppgaven gitt deltagerne fiktive navn eller kun kalt dem operasjonssykepleier eller informant. Jeg har vurdert at det ikke er nødvendig for oppgavens resultater å opplyse verken om hvilket sykehus, eller hva slags operasjonsavdeling jeg har observert ved. Gjennom det mener jeg å ivareta informantenes krav til anonymitet.

Forsker er ansvarlig for å tenke gjennom hvilke konsekvenser, fordeler og ulemper en deltagelse i en undersøkelse kan gi personer som deltar (Kvale, 2001, s. 69). Deltagerne skal få informasjon om at deltagelsen er frivillig, og at det er mulig å trekke seg fra undersøkelsen uten negative konsekvenser for dem. Det er mitt ansvar som forsker å tilstrebe at informantene føler seg trygge og ivaretatt. Samtidig er jeg klar over at det kan oppleves ubehagelig å ha med en observatør, og at det kan føre til usikkerhet i situasjonene (Fangen, 2004, s. 187).

### 3.6 Validitet og reliabilitet - Troverdighet og pålitelighet

Å bruke begrepene validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning er ikke uten videre ukomplisert. Ordene er nært knyttet opp til kvantitativ forskning og fremstår der sammen med generaliserbarhet som en hellig vitenskapelig treenighet (Kvale, 2001, s. 158-159). Innenfor kvalitativ forskning kan begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet oppfattes både som undertrykkende og som et hinder for en frigjørende og kreativ kvalitativ forskning. Kvale (2001, s. 160) hevder at sett fra et postmoderne perspektiv blir validitet, reliabilitet og generaliserbarhet avvist som etterlevninger etter en modernistisk korrespondanseteori for sannhet.

Fangen mener at kvalitativ forskning har blitt nedvurdert fordi den ikke fremstår like objektiv og kontrollerbar som kvantitativ forskning (Fangen, 2004, s. 185). Kvalitative forskere har i lang tid poengtert at kvantitativ og kvalitativ forskning må vurderes ut ifra forskjellige krav i tillegg til å erstatte ordene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet med ord som troverdighet og pålitelighet. Troverdighet, eller bekreftbarhet, handler blant annet om hvordan tolkningen kan understøttes av annen forskning (ibid).

Begrepet validitet bringer oss til de store filosofiske spørsmålene om hva som er sannhet og hva som er virkelighet, og er et verktøy for en kritisk tankeprosess gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2003, s. 178). Kvale hevder at å validere omfatter det å stille spørsmål, å kontrollere og teoretisere. Spørsmålene hva og hvorfor må stilles. Er forskningsmetoden relevant for å belyse problemstillingen? Relevans gjelder alle ledd gjennom den kvalitative forskningsprosessen. Vi skal hele tiden stille motspørsmål og se på alternative muligheter (Kvale, 2001, s. 169-170).

Et poeng er også å validere underveis både i intervju- og i observasjonssituasjonene ved å stille spørsmål om jeg har forstått deltagerne riktig, ved å gjenta og oppsummere sammen med dem. Under feltarbeidet spurte jeg deltagerne om jeg hadde oppfattet riktig det som hadde skjedd, eksempelvis under en operasjon. Av og til fikk jeg bekreftende svar, og noen ganger fikk jeg ny forståelse og innsikt når vi diskuterte sammen i etterkant av en operasjon. Fangen hevder at deltagende observasjon som metode sikrer høy grad av validitet forstått ut ifra at forskningen virkelig måler det den skal (Fangen, 2004, s. 196). Man kan både samtale og observere, og forsøke å gli naturlig inn i en sammenheng slik at deltagerne kan oppføre seg slik de vanligvis gjør. Likevel er jeg klar over at min tilstedeværelse påvirker deltagerne (ibid).

Både Malterud (2003, s. 183) og Fangen (2004, s. 196) henviser til Kvale (2001, s. 170) når de skriver om validitet og reliabilitet. Forfatterne beskriver kommunikativ validitet som kan sies å oppnås når motstridende påstander blir diskutert. Dette kan skje på ulike nivåer. Et nivå kan være at deltagerne går god for tolkningen ved at de får lese feltnotater eller transkribering (Fangen, 2004, s. 197). De lærde strides om dette kan kalles validering, men det kan gi nye data og ny forståelse. For å kalles analyse skal tolkningen videre enn til deltagerens egen forståelse. Neste trinn kan være legfolk, om de kan vurdere tolkningen ut ifra egne erfaringer og opplevelser (ibid). Det tredje nivået kan være teoretisk validitet, men en vurdering av de teorier jeg har benyttet forutsetter god kunnskap fra de som vurderer. Som valideringskrav er heller ikke dette godt nok i følge Fangen, da målet ikke er konsensus forskere i mellom. Målet er heller en produktiv uenighet som kan skape nye idéer (ibid). Jeg har valgt å ikke la deltagerne i observasjonen lese feltnotatene, men jeg diskuterte innholdet med dem underveis.

En annen måte å oppnå validering på kan være å presentere funnene for ulike publikum (Fangen, 2004, s. 196). For meg har tilbakemeldinger fra medstudenter, lærere, veileder og kolleger vært gode redskaper for validering gjennom hele forskningsprosessen. I følge Fangen kan kommunikativ validering kanskje vurderes best i det lange løp, at kunnskapen står seg i mange sammenhenger. Et viktig moment er å presentere kunnskapen til ulike publikum på en forståelig måte (ibid).

En skrevet tekst kan sies å være validert når den er tilstrekkelig begrunnet og tilpasset en teori og dens begreper, den skal videre ha et forståelig formål, være troverdig ut ifra deltagerens kontroll, samtidig som den er logisk og sannferdig i dens refleksjon over fenomenet som skal studeres (Fangen, 2004, s. 203). Som forfatter av teksten skal jeg synliggjøre validitetskravene for leserne. Forskning kan alltid være enda mer begrunnet og forskningsinstrumentene kunne vært enda bedre beskrevet. Lincoln og Denzin konkluderer med at validitet i bunn og grunn er den endelige tekstens påberopelse av autoritet (ibid).

Et spørsmål om reliabilitet, eller pålitelighet, er om en annen observatør ville ha sett de samme hendelsene og kommet frem til de samme konklusjonene. Et slikt mål er umulig å oppnå sier Fangen, fordi vi er selektive når vi observerer og utvikler begreper (Fangen, 2004, s. 208). Et annet spørsmål er om en annen samfunnsviter ville komme frem til de samme konklusjonene hvis han fikk utprøve mine notater fra observasjonen. Dette er også et umulig spørsmål. Ut ifra disse kriteriene vil reliabilitet bli umulig å vurdere. Reliabilitet kommer fra kvantitativ forskning og er vanskelig å overføre til kvalitativ metode uten å redefinere

begrepet (ibid). Schatzman og Strauss sier det likevel er mulig hvis jeg som forsker gjør rede for hvordan jeg har kommet frem til mine tolkninger ved å vise hvilke observasjoner som ligger til grunn for dem (ibid), og hvordan disse observasjonene kan forstås i lys av de begreper og teorier jeg benytter. Jo mer detaljert jeg begrunner og gjør rede for hvordan jeg har kommet frem til tolkningene, desto lettere er det for en annen person å vurdere reliabiliteten av dem (ibid).

Lincoln og Guba (Fangen, 2004, s. 210) foreslår å bytte ut begrepet reliabilitet med ordet bekreftbarhet som kan forstås slik at jeg som forsker forholder meg kritisk til egne tolkninger, og i tillegg bygger på annen forskning. Å bygge på annen forskning betyr ikke at jeg kun skal lete etter det som er funnet og skrevet om før, men være fri til å se nye ting i størst mulig grad (ibid).

### 3.7 Analysemetoder

*”Den som leiter den finn,  
men ikkje det han leiter etter”  
(Arne Garborg 1899, referert i  
Wadel, 1991. s. 7).*

Kvale (2001, s. 135) påstår at antageligvis er den hyppigste anvendte form for analyse en ad hoc metode. En slik tilnærming til analysen består av flere og ulike metoder og teknikker, hvor forskeren fritt kan bruke disse i et samspill. Kvale foreslår at forsker danner seg et helhetsinntrykk av datamaterialet som utgangspunkt for videre analyse (ibid). Malterud (2003, s. 101) anbefaler også som et første trinn i analysen, å danne seg et helhetsbilde av datamaterialet før temaer utkrystalliserer seg. Med dette som bakgrunn for en ad hoc tilnærming til min analyse, har jeg latt meg inspirere av disse to til først å danne meg et helhetsinntrykk, både av observasjonsmaterialet og intervjuene som jeg presenterer i neste kapittel. Her forlater jeg både Kvale og Malterud. For den videre analysen i oppgaven appelleres jeg av Katrine Fangens tre stadier i fortolkning, i tillegg til et interaksjonistisk perspektiv.

### 3.7.1 Fangens tre fortolkningsstadier

Først og fremst tiltales jeg av Fangens analysemetode, fordi hun anvender observasjon som metode i sin forskning. Jeg opplever at det hun skriver både om observasjon og analyse gir mening og relevans til mitt datamateriale. Fangen poengterer at analyse inkluderer alle nivåer av fortolkning og bearbeiding av datamaterialet, og at det ikke kan skilles mellom gjennomføring av feltarbeidet og analyse av datamaterialet (Fangen, 2004, s. 170).

I boken "Deltagende observasjon" (2004) belyser Fangen ulike tradisjoner og nyere tilnærminger til feltforskning inspirert av de siste tiårenes metodekritikk fra postmodernistisk og konstruktivistisk hold, i tillegg til sine egne feltforskerarbeid. Slik jeg forstår det bygger hun sine analyseformer blant andre på Geertz og Habermas, spesielt på andregradsfortolkningsnivå (Fangen, 2004, s. 20). Geertz representerer en hermeneutisk tolkningsmåte og tar et oppgjør med positivistiske, behavioristiske og totaliserende tilnærminger, og forsvarer et mer fortolkende og åpent perspektiv. Habermas har et vitenskapsteoretisk ståsted, og hevder at en deltagende rolle er uunnværlig for å oppnå forståelse (Fangen, 2004, s. 101). Både Geertz og Habermas understreker verdien av å kunne veksle mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne begreper (ibid, s. 173).

**Førstegradsfortolkning** er i følge Fangen (2004, s.171), å fortolke datamaterialet med begreper som er nært opp til de som informantene har brukt. Dette kalles for det emiske perspektiv (ibid). Ved en ensidig erfaringsnær tilnærming kan forsker ende opp med kun å beskrive situasjonene, og det kan ikke kalles analyse. Analyse, slik Fangen beskriver det, er å tilføre materialet noe mer enn kun å konstantere det jeg har sett og hørt (ibid).

**Andregradsfortolkning** er å kunne veksle mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne akademiske begreper (Fangen, 2004, s. 173). På den måten kan deltagerens common sense-forståelse overskrides og ikke ensidig beskrive det som skjer. I følge Geertz (ibid) må en såkalt tykk beskrivelse preges av deltagerens utsagn og hvilke tolkninger de har, og ikke minst hvilken fortolkning jeg som forsker har i motsetning til en tynn beskrivelse som er å gjengi det som observeres. Samtidig skal ikke den tykke beskrivelsen bli så tykk at den ikke gjør annet enn å beskrive en hendelse slik at kunnskapen blir idiografisk og ikke nomotetisk, som menes å være teoribyggende (ibid).

Fangen (2004, s. 182) uttaler også at forsker må være klar over diskrepansen, som er å oppfatte som et sprik mellom hva deltagerne sier, og hva de sier at de gjør. Ikke for å

mistenkeligjøre dem, men fordi det fremstår som interessante data. Fangen sier at ingen mennesker er fullt ut konsistente, og at slike gap mellom det som sies og gjøres er mer eller mindre ureflektert. Ved det vi sier kan vi kanskje ønske å fremstille oss som bedre enn vi egentlig er, og tilstrebe oss noen normer vi ikke klarer å leve opp til i dagliglivet (ibid).

Fangen (2004, s. 181) anbefaler å bruke metaforer som en måte å se nye aspekter og mangfoldet av mulige meninger. På den andre siden kan metaforer være uheldig hvis man ikke klarer å oppdage og anvende de som er gode (ibid).

Fangen (2004, s. 183) beskriver **tredjegradsfortolkning** først og fremst som en kritisk posisjon hvor det ikke bare innebærer å tolke deltageres fortolkninger, men også å stille seg kritisk til disse og i tillegg lete etter skjulte agendaer og behov. En annen måte å formulere Fangens tre fortolkningsnivåer på kan være å kalle førstegradsfortolkning for enkel hermeneutikk som er deltageres egen tolkning av seg selv (ibid). Dobbel hermeneutikk er hvordan forskeren tolker og forstår. Trippelhermeneutikk rommer den doble hermeneutikken i tillegg til det tredje leddet som er kritisk tolkning både av deltageres og forskers tolkning. Dette kan også kalles mistenksom hermeneutikk, og den er fjern fra deltageres egen forståelse, og bygger blant annet på psykoanalysens begrep om det underbevisste (ibid). Mistankens hermeneutikk står i kontrast til hva som kjennetegner hermeneutikk, nemlig fravær av en slik mistro (Fangen, 2004, s. 184).

Fangen (2004, s. 192) henviser til Ehn og Løfgrens (1982) teknikk om dramatisering. Gjennom tankeeksperimenter, eksempelvis ved å la deltagerne bytte roller, snu opp og ned på det sosiale hierarkiet, kan være med å få frem tings betydning og folks verdier ved å la noe uventet skje. Samtidig skal ikke en slik teknikk overdrives (ibid).

I følge Fangen (2004, s. 185) kan fortolkning på tredjegradsnivå gi særskilte utfordringer i forhold til etiske vurderinger fordi en kritisk analyse kan oppleves som et etisk overtramp for deltagerne. For å få tillatelse til deltagende observasjon, har premisset blant annet vært å lære mer om hvordan deltagerne opplever og forstår sin verden, og ikke å stille deltagerne i et mistenksomt perspektiv (ibid).

For å oppnå en balanse i analysen, kan et råd være å ikke være kritiske til deltagerne, men mer til de fenomenene som kommer frem (Fangen, 2004, s. 194). Å tolke innebærer også en distanse, og den kan oppnås ved å være kritisk til egen posisjon og egen forståelse. Fangen

fremhever at målet er å finne en balanse mellom etisk analyse og emisk analyse ved å være tydelig på hvor informasjonen kommer fra, og ikke minst konteksten i situasjonen slik at leseren kan være med å vurdere hvorfor jeg som forsker tolker slik jeg gjør (ibid).

For meg har Fangens tre fortolkningsnivåer inspirert til en verdifull tilnærming for min analyse. Ved å lese Fangens analysemetode har jeg særlig blitt oppmerksom på det etiske perspektivet, og ansvaret jeg har overfor deltagerne i mitt prosjekt gjennom hvordan jeg presenterer min analyse. Og det er ikke sikkert at tredjegradsfortolkning er et mål i seg selv hvis jeg ikke klarer å finne den avgjørende balansen mellom kritisk analyse og etiske utfordringer.

## 4 Presentasjon og analyse

### 4.1 Teater som metafor

Goffman (1992) anvender blant annet teatermetaforen i sitt forfatterskap. For meg har teatermetaforen på en særskilt måte inspirert analysen av datamaterialet i oppgaven. Det engelske uttrykket "the operating theatre" har påvirket min alltid tilstedeværende indre forestilling av operasjonsavdelingen som et teater. På norske sykehus blir operasjonsavdelingen også kalt for operaen. Goffman bruker metaforer som et hjelpemiddel i konstruksjon av teori. En intensjon ved å bruke teater som metafor er for et øyeblikk å betrakte den sosiale samhandling som et teaterspill, nettopp for å oppdage nye sider av det sosiale livet (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 174).

Å bruke teater som metafor, både inspirert av Goffman og musikalen "The Phantom of the Opera", ble en forløsende vending for å oppdage nye sider ved mitt datamateriale. I tillegg ga det idéen til tittelen som formidler mitt helhetsinntrykk "The Phantom of the Operating Theatre". Jeg har valgt å presentere mitt helhetsinntrykk av datamaterialet som et scenebilde jeg konstruerer ut ifra valgte sekvenser fra observasjonsmaterialet. Den virkelighet jeg forteller er min konstruksjon, formidlet gjennom mine tolkninger.

### 4.2 Helhetsinntrykk: "The Phantom of the Operating Theatre"



*"All the world's a stage,  
And all the men and women merely players;  
They have their exits and their entrances,  
And one man in his time plays many parts"  
(Shakespeare, 2008).*

*"The Phantom of the Operating Theatre"?*

Som deltagende observatør har jeg tilbrakt atskillelige timer bak de lukkede dørene i operasjonsavdelingen. Som en introduksjon til analysen vil jeg nok en gang invitere deg som leser inn i "the operating theatre". Du skal få være publikum til en imaginær forestilling, hvor alt du ser vil ha teater som metafor (Goffman, 1972).



Den engelske betegnelsen "the operating theatre" har sin opprinnelse fra 1800-tallet (Auflem, 2007). Det var da tradisjon å bygge et eget operasjonsteater slik at studenter bedre kunne følge med og lære av operasjonene. Hvis veggene i det gamle "operating theatre" kunne snakke, er det ikke vanskelig å forestille seg hvordan de mest sannsynlig ville skrike ut de redsler og smerter som må ha foregått på den gamle trebenken som tjente som operasjonsbord, før både anestesi og antibiotika ble oppfunnet.



*"The operating theatre" fra 1821 <sup>12</sup>*



*Operasjonsavdeling 2008*

Det var kun lysstrålene gjennom takvinduet som ga kirurgen lys slik at han kunne se hvor han plasserte skalpellen. Historien forteller at trebenkene hadde bitemerker fra pasientene (ibid). I takknemlighet for en imponerende utvikling innen kirurgi, forlater vi dette gamle skrekkens bilde og retter blikket mot dagens operasjonsstuer, som i forhold fremstår moderne både innenfor teknologi og anestesi.

For å komme inn i operasjonsavdelingen, må vi som sist, starte i garderoben med å sluse oss inn. Å skifte til grønne klær, ta på munnbind og hette, gir oss opplevelsen av å innta en ny rolle. Denne rollen er nå, gjennom noen timer, å være tilskuere eller publikum til operasjonssykepleierne og hele det kirurgiske temaet.

Allerede i garderoben skjer første avkledning av operasjonssykepleiernes roller fra verdenen utenfor. De rollene man forlater når man trer inn i operasjonsavdelingen kan være roller som mor, kone, datter, søster og venninne, eller for en mannlig operasjonssykepleier å være ektemann, far, kamerat og sønn. Ved å ikle seg grønt arbeidsantrekk - eller kostymer - markeres overgangen inn i en annen kontekst hvor aktørene skal spille andre roller. Parallellen er skuespillere som skifter til et kostyme for lettere å leve seg inn i, og spille den rollen de er tildelt i forestillingen.

---

<sup>12</sup> Foto: (Auflem, 2007, s. 2).

Goffman sier: ”Scenen viser ting som er oppdiktete, mens man må formode at livet fremfører ting som er virkelige og ofte ikke skikkelig gjennomprøvet” (Goffman, 1992, s. 9). En teaterforestilling innøves, og generalprøve fungerer som en test før selve premieren. Ansatte i operasjonsavdelingen har ikke de samme mulighetene til å innøve roller til forestillingen på forhånd. Deres roller oppleves å spilles som en premiere<sup>13</sup> hver gang. Deres scene er ikke oppdiktet, men er en fremføring av det virkelige livet.

Vårt første stoppested er rapporten som skjer på vaktrommet. Vaktrommet kan i forhold til operasjonsstua forstås som ”backstage” i ”the operating theatre”. Her kan de som skal opptre få trekke seg tilbake, lade opp til neste forestilling, og samtidig slappe av uten publikum til stede (Goffman, 1992, s. 98). Akkurat nå er jo vi publikum, og det ville selvfølgelig påvirke operasjonssykepleiernes roller hvis de var klar over vår tilskuerrolle i situasjonen. Men la oss være publikum i den imaginære forestillingen ennå en stund til.

På vaktrommet sitter åtte operasjonssykepleiere, syv kvinner og en mann. Tre er fra utlandet, fem fra ulike norske fylker. De ler og prater sammen. Samtaleemnet er en ny kirurgisk drill som lager høye lyder ved bruk. En operasjonssykepleier foreslår at de kan putte ørepropper i ørene for å dempe lyden når drillen skal brukes. En annen operasjonssykepleier ler, og kommenterer at hun ikke synes det er noen god idé. Hun sier: ”Tenk om øreproppene spretter ut av ørene våre, og rett opp i pasientens åpne buk.” En situasjon de andre lett kan forestille seg, og de ler hjertelig ved tanken.

Under rapporten utveksles informasjon, og oppgaver for vakten fordeles. Vi skal nå følge to operasjonssykepleiere videre til ”frontstage”, til selve scenen, som jeg tenker er operasjonsstua. På vei ut av vaktrommet tar operasjonssykepleierne på seg hettene igjen, før de går til vaskene utenfor stua. Her tas munnbind på før kirurgisk håndvask blir utført. Operasjonssykepleieren, som skal ha steril utøvende funksjon, skal i tillegg ikle seg steril frakk og hansker, og forberede sterilt utstyr for deretter å assistere kirurgen under selve inngrepet. Omkleddningene kan ses på som ritualer som forbereder ytterligere nye roller. Disse rollene hjelper operasjonssykepleieren til å oppføre seg på en ”steril” måte. Gjennom en kroppsbevissthet, med kontrollerte bevegelser, synliggjør operasjonssykepleieren en

---

<sup>13</sup> Operasjonssykepleiere har gjennom sosialisering i operasjonsavdelingen, gjennom utdanning og studentpraksis selvfølgelig øvd på sine roller. Jeg mener likevel at en hver operasjon er unik, både fordi pasienten er ny hver gang, og medlemmene i det kirurgiske teamet kan variere i løpet av en vakt. Det kan alltid oppstå komplikasjoner som radikalt kan endre situasjonen, og som påvirker den videre gjennomførelsen av operasjonen. Derfor tolker jeg at en operasjon kan forstås som en premiere hver gang.

kunnskap om hvor usynlige grenser for sterilt og usterilt går. Operasjonssykepleierens bevegelser er nesten som en ballettdans. Deres kropp har en ”stemthet” til den forestillingen som skal skje (Engelsrud, 1998, s. 249). Å være ikledd steril frakk, sterile hansker, munnbind og en ukomfortabel hette, kan fremstå som et kostyme, nærmest som en slags maskerade. Jeg undres over hvem maskene gjør dem til, og hvilke normer og regler de nå lar seg styre av?



*”Hvem skjuler seg bak maskene?”*



*”Hvem skjuler seg bak munnbindene?”*

Før selve operasjonen kan starte, er det mange forberedelser og høyt lydnivå inne på stua. Utstyr hentes, og sterilt materiale pakkes opp. Beskjeder gis, og støynivået er høyt. Dørene åpnes i tide og utide. Lyder fra elektroniske apparater summer sammen med stemmene til dem som forbereder operasjonen. Dette lydets landskap - den akustiske resonans i det ”sterile” rom - kan oppleves som innledende dramaturgi før selve forestillingen starter. Pasienten spør om det er mulig å høre på litt musikk. Anestesisykepleieren svarer at på operasjonsstua er musikken lydene fra sugene, instrumentene og stemmene til de som jobber der. Replikken utløser latter både hos pasienten og de andre i temaet.

Våre to operasjonssykepleiere er opptatt med å pakke opp sterilt utstyr. Samtidig spiller de sitt eget lille skuespill. Den ene operasjonssykepleieren holder opp en flaske med sterilt vann. Hun spør den andre operasjonssykepleieren med et smil, synlig bak munnbindet: ”Skal det være en tår, Madame?” ”Ja, tusen takk, frue”, svarer den andre operasjonssykepleieren mens hun rekker frem en steril bolle til vannet. Det som nå er gjeldende ramme settes i spill og lekes med i forhold til rammer som gjelder i helt andre sosiale kontekster, eksempelvis det

borgerlige selskapslivet. Er disse to forestillingens primadonnaer? I det samme bryter anestesisykepleieren inn med ordene: ”Nå starter vi!” Som tilskuere er vi nå vitne til et scenskifte hvor scenebildet fryses. Alle stanser straks sine gjøremål, og blir stående som saltstøtter. De minnes om de rammene som nå skal gjelde. Operasjonssykepleieren holder fremdeles bollen med sterilt vann foran seg. Scenebildet varer et par minutter. Anestesisykepleieren holder masken med oksygen over pasientens munn og nese. Deretter får pasienten narkosemidler før han intuberes<sup>14</sup> og kobles til respirator<sup>15</sup>. Anestesisykepleieren gir signal via et bekræftende nikk, at nå kan forberedelsene fortsette. Scenebildet låses opp, og atter summer det med lyder, latter og stemmer.

Døra til operasjonsstua åpnes, og to mannlige kirurger trer inn. En av kirurgene sier med skarp og høy stemme: ”Høyere, høyere!” Begge holder armene opp, fordi de har utført kirurgisk håndvask. Den kvinnelige operasjonssykepleieren slipper det hun har i hendene for øyeblikkelig å være behjelpelig med å ikle kirurgene sterile frakker og hansker. Mens de blir påkledd, fortsetter kirurgen sin kommando om å få høyere operasjonsbord. Som tilskuer opplever jeg at kirurgen tar regien for den videre forestillingen. Fra nå av har han hovedrollen, og de andre i det kirurgiske teamet får gjennom dette utdelt sine biroller. Kirurgen, hans tause assistent og operasjonssykepleieren med sitt assistansebord, finner sine plasser rundt den sterildekkede pasienten. Kirurgen retter seg, og spør henvendt til anestesisykepleieren: ”Kan jeg begynne?” Igjen er vi tilskuere til et scenskifte. Operasjonslampenes gjennomtrengende lys slås på. La oss fryse dette scenebildet noen sekunder, mens vi forestiller oss åpningen av et teaterstykke. Der spilles musikk, ofte trompeter, som introduserer at forestillingen straks kan begynne. Den vakre prismelysekronen tennes, og sceneteppet dras til side. Applausen fra publikum slippes løs, for deretter å stilne før nedtellingen til starten på første akt; tre, to, en – vær så god!

Operasjonslampenes intense lys, samt en markert forandring av lydnivået kan tolkes som fanfarer på starten av vår teaterforestilling. I det kirurgen lar skalpellen penetrere pasientens desinfiserte hud, opplever jeg som tilskuer en radikal endring av lydbildet. Jeg kalte det først for stillhet. Mer dekkende tror jeg det kan være å introdusere stillheten som et plutselig fravær av støyende lyder. Resonansen i rommet forsterker lyden fra pasientens respirator, understøttet av klangen fra klirrende instrumenter i stål. Tonene fra elektroniske apparater

---

<sup>14</sup> Intubasjon – å føre et rør inn gjennom svelget og strupehodet ned i luftrøret ved narkose, for at luftveiene skal holdes åpne (Kåss og Marthilm, 1998).

<sup>15</sup> Respirator – apparat for kunstig åndedrett (ibid).

summer samtidig i bakgrunnen som en svak tinitus. Som tilskuer får jeg en intens fornemmelse og aha-opplevelse om lydenes klare budskap om konsentrasjon og alvor i situasjonen. Å bryte stillheten med prat eller humor i denne konteksten ville være å tråkke over eller invadere en grense. Ikke for å bryte selve stillheten som sådan, men fordi jeg nå fornemmer en problematikk som handler om liv og død. En situasjon som raskt kan endres til krise ved den minste komplikasjon. Jeg opplever en ærbødighet for dem som opptrer i situasjonen, og som holder selve livet i sine hender. Denne ærbødigheten skapes i meg gjennom måten de opptrer på og hvordan de gjennomfører ritualene.

Mens det kirurgiske teamet arbeider, får jeg anledning til å betrakte operasjonsstuas kulisser. I teateret fremstår kullissene som pompøse, gjerne i farger av gull og sølv, med en vakker lysekrone i midten. Fargene beretter om rikdom og overdådighet. Som kontrast til teaterets majestetiske dekoreringer, fremstår kulissene i dagens operasjonsstuer som kjølige og distanserte slik de domineres av medisinsk teknisk utstyr. Fargen som brukes i en operasjonsavdeling er stort sett grønn. Arbeidsantrekkene er grønne, de sterile frakkene er grønne, eller av og til lyseblå. Fargen grønn sies å være harmoniens farge (Christensen, 2005). Grønt er også håpets farge, og det påstås at fargen har en stressdempende og avslappende virkning (ibid). Den grønne fargen harmonerer med de ny utsprungne trærne som jeg kan skimte gjennom vinduene fra operasjonsstua. Grønnfargen demper noe av rommets kalde og kjølige egenart.

Plutselig blir jeg avbrutt i mine betraktninger ved at situasjonen er endret. Kirurgen roper ut kommandoer fordi det har oppstått en akutt blødning hos pasienten. Den koordinerende operasjonssykepleieren åpner opp mer utstyr som raskt blir levert til kirurgen. Noen hektiske minutter oppstår, og scenebildet er totalt forandret. Kirurgen får blødningen under kontroll, og situasjonen roer seg. Den kvinnelige operasjonssykepleieren klapper, slik det i teateret er kutyme etter en god forestilling. Igjen er det stillhet i rommet, og pasientens respirator kan høres. Jeg kikker rundt, og oppdager blodige kompresser, venefloner og papir på golvet, som et vitne om at forrige scenebilde var stresset og oppjaget.

Operasjonen nærmer seg avslutning, og kirurgen har begynt å lukke fascien<sup>16</sup>. Kirurgen strekker seg, og retter blikket mot operasjonssykepleierne. Han holder en liten benbit fra pasienten i hånden samtidig som han sier: "Noen som har hund her?" Han ler, så ler flere,

---

<sup>16</sup> Fascie - bindevevshinne som omgir muskelvev (Kåss og Marthilm, 1998).

først litt forsiktig, deretter mer hjertelig. Stillheten som har dominert under operasjonen er byttet ut med stemmer og latter. Forestillingen er inne i en annen sekvens, en avsluttende fase hvor koreografien er friere. Gjennom å bruke humor har kirurgen introdusert at rammene igjen er endret. Jeg tenker at han også har fortalt at han er såpass lettet og fornøyd og kan slå an en spøk. Slik avslutter han akten før han går av scenen, og overlater til den tause assistenten å sy igjen såret.

Operasjonssykepleierne teller og kontrollerer at instrumenter og kompresser stemmer, og understøtter kirurgens beslutning om at operasjonen er over. I tillegg applauderer den kvinnelige operasjonssykepleieren ved å klappe for å markere at instrumenter og kompresser er i orden slik at det kan dokumenteres at intet er gjenglemt inne i pasienten. Hun sier: "Lykken er når kompressene stemmer". Med et kjønnsblikk tenker jeg at hun klapper for kirurgen og understreker hans vurdering av situasjonen. Samtidig gir hun noe som bare er ment for hennes team, nemlig å minne dem om at de enda en gang har gjort sitt for at forestillingen skulle bli vellykket.

Når operasjonen er ferdig tas de sterile frakkene og munnbindene av. Ansiktene er igjen uten masker. Operasjonssykepleierne beveger seg til vaktrommet, eller til sin "backstage". En operasjonssykepleier synker sammen i sofaen, andre tar frem matpakken.



Etter noen sekunders taushet begynner de å prate sammen, og kommenterer operasjonen som er avsluttet. De spøker om kirurgen samtidig som de planlegger neste operasjon. Slik henter de seg inn, lader opp, og kan være seg selv uten frykt for et observerende publikum, helt til det ropes fra korridoren: "Pasienten er her". Et nytt signal om endring av scene er gitt. Operasjonssykepleierne bykser opp. Situasjonen omdefineres fra "backstage" til "frontstage".

Her forlater vi operasjonssykepleierne. De er igjen på vei til scenen, mens vi avkler oss kostymet og rollene som publikum og tilskuere, til nye roller utenfor ”the operating theatre”.

### **4.3 Presentasjon av temaer**

Å presentere helhetsinntrykket ved hjelp av teater som metafor, synliggjør mangfoldet av ulike roller, kulisser og sceneskifter i en operasjonsavdeling. Det synliggjør også ulike typer av ”frontstage” og ”backstage”, noe jeg vil komme tilbake til. Jeg opplever at operasjonsavdelingen preges av rammer, rutiner, ritualer, symboler og regler. Dette vil jeg utdype utover i analysene.

Under observasjonsperioden vurderte jeg å legge bort humor som tema. Men etter å ha fått noe distanse til datamaterialet, ble jeg igjen opptatt av den humoristiske sjargongen i samværet og kommunikasjonen blant de ansatte, både på vaktrommet og inne på operasjonsstua. Under selve operasjonen erfarer jeg stillhet og konsentrasjon. Som et gjentakende mønster under feltstudiet opplever jeg humor benyttet i forkant og etterkant av operasjonene. Både i intervjuene og i observasjonen vektlegger informantene humoren som noe positivt. De forteller lite om humorens negative sider. Samtidig hevder informantene at humor er legitimt i operasjonsavdelingen, men innenfor visse grenser. Dette er en uttalelse som gjentar seg, og som for meg ble viktig i mine analyser av datamaterialet. Det er gjennom å dvele ved dette funnet, og koble det opp til teori, at jeg valgte å gjøre humorens grenser til et tema i analysen. Jeg oppfatter informantene slik at pasienten på operasjonsbordet markerer en hellig grense, som setter grenser for humor og for hvilken type humor som er tillatt. Pasienten skal for eksempel ikke måtte overhøre galgenhumor fra ansatte mens han er i operasjonsavdelingen. Pasienter som er våkne under operasjonen, legger en demper på humoren blant ansatte, mens pasienter i narkose kan gi litt friere spillerom for bruk av humor under operasjonen. Informantene fremhever at pasientens verdighet alltid er i fokus inne på operasjonsstua. Dette forteller meg at humor er knyttet til rammer og er noe som reguleres.

I operasjonssykepleie arbeider det utvilsomt flest kvinner. Gjennom datainnsamlingen lot jeg meg overraske av hvordan operasjonssykepleierne presenterer sitt syn på egne roller og funksjoner. Jeg opplevde også gjennom å være tilstede et markert hierarki i avdelingen. I analysen har jeg ønsket å se nærmere på hvordan kjønn gjøres og er sammenvevet med operasjonssykepleiernes posisjon, og hvordan dette også rammer inn deres humor. Dette leder til det første temaet i analysen som jeg har kalt; operasjonssykepleie – en scene for kvinner?

Det neste temaet jeg vil ta opp er humorens grenser og rammer. Operasjonssykepleierne fremhever at humor har stor betydning for dem i en krevende og til tider svært hektisk arbeidshverdag. Avslutningsvis forsøker jeg løfte frem og tydeliggjøre hvordan humor gis mening blant operasjonssykepleiere i deres samhandling med hverandre, og med de andre i det kirurgiske teamet.

#### **4.4 Operasjonssykepleie – en scene for kvinner?**

Som forsker lar jeg meg utfordre og overraske av hvordan operasjonssykepleierne fremstiller sine roller og funksjoner. Gjennom å arbeide med materialet ser jeg at de ofte fremhever sin assistanserolle og sin servicerolle overfor kirurgen. I analysen vil jeg koble dette opp mot en forståelse av kjønn og omsorgsidealer i sykepleie.

Jeg vil ta utgangspunkt i en samtale på vaktrommet med to godt voksne og erfarne operasjonssykepleiere fra feltstudiet. Diskusjonen vi hadde gikk ut på hva operasjonssykepleie er. De to operasjonssykepleierne jeg snakket med var enige i at det å være operasjonssykepleier ofte er å gjøre det andre vil, og gjøre det man får beskjed om. Den ene sier:

”Vi gjør det jo for å tilfredsstille kirurgen, hva han skal ha av spesielt utstyr, og de andre. Det er på en måte en kvinnejobb, hele tiden å holde orden i skuffer og skap, holde orden på instrumenter, rydde og tømme søppel etter andre.”

Marit Hem (2008) skriver i sin doktorgradsavhandling ”Mature care?” at sykepleiere forholder seg til et tradisjonelt omsorgsideal hvor altruisme står sterkt. Når de to operasjonssykepleierne snakker om sine roller snakker de imidlertid ikke primært om altruistiske verdier, men om å tilfredsstille andres behov, om å være ”hus-tru” (Borchgrevink og Melhuus, 1984, s. 329). De gjør, for å si det med Hartsock, et usynlig arbeid for at ting skal fungere (Hartman, 1987). Deres måte å snakke om egne roller på, kobles slik jeg leser det, til verdier og handlinger som ofte knyttes til tradisjonelle kvinneverdier. Dette forteller meg noe om hvordan kjønn gjøres og uttrykkes i deres kultur og i deres generasjon. Bodil Tveit (2008) viser i sin doktorgradsavhandling til at yngre sykepleiere i dag, i større grad enn før, er opptatt av egne behov også i sin profesjonelle rolle. Gjennom mitt feltarbeid ved denne operasjonsavdelingen ble det tydelig for meg hvordan omsorg, kjønn og makt var sammenvevet. Dette vil jeg komme tilbake til.

I tråd med det overordnede perspektivet i oppgaven forstås kjønn som konstruert gjennom samhandling med andre. Jeg støtter meg blant andre til Haavind (2000), Butler (2006) og



Goffman (2002) når jeg forsøker å løfte frem hvordan kjønn gjøres, og hvordan humor og kjønn knyttes sammen. Goffman posisjonerer seg på linje med den feministiske tradisjonen, som hevder at det er kulturen som er med på å definere bilder av hva maskulinitet og femininitet er (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 162). Butler viser, på en enda mer radikal måte enn hva Goffman gjør, hvordan kjønn iscenesettes gjennom måten vi opptrer og uttrykker oss på (Bondevik og Rustad, 2006).

Haavind hevder at begrepet kjønn, og kjønne betydninger kan virke fremmed og konstruert på oss (Haavind, 2000, s. 7). Hun sier at et kjønn perspektiv er et hjelpemiddel for å søke etter meningsinnhold i et datamateriale, slik at det kan fremheves hvordan mennesker er og blir kvinner og menn, både for seg selv og for andre, og hvordan dette gjøres relevant i deres liv (ibid).

Kvinnens yrkesdeltagelse har vokst betraktelig de siste tiårene, og Norge fremstår i dag blant de land i verden som har høyest andel av kvinnelige arbeidstagere. Samtidig har Norge et av Vestens mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder (Nyheim Solbrække, 2006, s. 179). Dette blir i forskningslitteraturen kalt "det norske paradoks". Dette fenomenet innebærer at de kvinnelige arbeidstagerne arbeider innenfor områder som butikk, omsorg og rengjøring, mens tekniske yrker fremdeles domineres av menn (ibid). Selv i 2008 er det flest kvinner både i sykepleie og operasjonssykepleie. Som lærer spør jeg meg om hvilke betydninger dette kan ha for utøvelsen av faget som sådan. Jeg opplever at det er en diskrepans mellom slik jeg som lærer trodde kjønn ble gitt betydning, og slik jeg gjennom feltarbeidet og lest opp mot teori, ser at kjønn gjøres innenfor denne operasjonsavdelingen. Jeg spør meg hvorfor det primært er kvinner som velger operasjonssykepleie, hvilke kvinner som tradisjonelt har valgt det, om dette er i ferd med å endre seg, og hva det store antallet kvinner i operasjonssykepleie betyr for hvordan humor blir uttrykt i en operasjonsavdeling.

Gjennomsnittsalderen på operasjonssykepleiere er forholdsvis høy, antakelig fordi det først kreves sykepleierutdanning, deretter flere års praksis som autorisert sykepleier før det er mulig å komme inn på videreutdanning i operasjonssykepleie. Dette viser at operasjonssykepleierne gjennomgående representerer en "voksen" aldersgruppe, noe som kan medføre et annet syn på kjønnsroller, eksempelvis uttrykt gjennom omsorg, enn om operasjonssykepleierne hadde vært yngre (jf. Tveit 2008). Operasjonssykepleiere gjenspeiler et stort spekter av kvinner, og noen menn, fra de eldre til de yngre, og de fremstår ikke som en entydig gruppe. Karin Widerberg (2001, s. 152) hevder at forskjellige generasjoner har ulike syn på

kjønn, og at hver generasjon gjør kjønn på sin måte. Yngre generasjoner er oppvokst i en annen tid med andre preferanser, og kan ha et mer moderne forhold til kjønnsroller, slik også Tveit skriver (2008).

#### 4.4.1 Tradisjon – omsorg

Sykepleie og operasjonssykepleie har en parallell historie. Derfor oppfatter jeg at det tradisjonelle synet på kvinner knyttet til sykepleie også er et relevant perspektiv for operasjonssykepleie. I dette avsnittet har jeg støttet meg til Bakkens omdiskuterte bok "Modermordet". Boken får frem synspunkter jeg opplever relevante og som appellerer til videre diskusjon om den tradisjon sykepleie fremstilles i. Bakken hevder at sykepleie og det kvinnelige står i en tett, og ofte taus allianse (Bakken, 2001, s. 161). Sykepleie har tradisjonelt vært forbundet med omsorg, og det å stille sitt liv til rådighet for den lidende Andre. Bakken henviser til syntesen mellom Sørhaug, Luhmann og Haavind på denne måten: "Kvinner er noe for seg selv gjennom å være noe for andre, mens menn er noe for andre gjennom å være noe for seg selv" (Bakken, 2001, s. 66).

Bakken (2001, s. 181) knytter kvinner til sykepleie med metaforer som Jomfruen/Nonnen, Moderen og Hustrumoderen. En allianse han mener ble brutt på 1980-90-tallet (Bakken, 2001, s. 11). Hvis vi aksepterer et slikt brudd, kan det åpne for nye måter å etablere sykepleie som fag på. Bakken (2001, s. 181) stiller et vesentlig spørsmål om bruddet imidlertid kun er et overflatefenomen, eller om det viser til en mer dyptgripende endring.

Bakken stiller spørsmål om sykepleien egentlig har sluppet kallstanken til Luther, et syn han mener Kari Martinsen forsvarer i "Øyet og kallet" (Martinsen, 2000, Bakken, 2001, s. 22). Sykepleie er ofte forstått synonymt med omsorg, og Kari Martinsens omsorgsideal, barmhjertighet, står fremdeles sterkt i sykepleien. Hennes omsorgsideal fremhever omsorgsmottakeren mer enn omsorgsgiveren. En av Martinsens beskrivelser av omsorg er hvordan omsorg er å være konkret og nærværende til stede i et forhold med sine sanser og sin kropp, alltid i en bevegelse **bort** fra seg selv **til** den andre (Martinsen, 1991). Som sykepleier og operasjonssykepleier har Martinsens omsorgsideal vært en del av min yrkesidentitet. Som forsker stiller jeg spørsmål om dette synet ukritisk og ureflektert preger sykepleiere og operasjonssykepleiere i vår tid. Er forutsetningen for sykepleie og omsorg fremdeles slik Martinsen hevder?: "... at vi bærer med oss fagets tradisjon i våre kroppar som en sammenvevning av barmhjertighet, lidelse, kjønn og samfunn" (Bakken, 2001, s. 8). Bakken forstår

det slik at sykepleie forutsetter sammenfall med indre kvinneverdier og den måten det uttrykkes på i adferd (ibid).

Det pågår for tiden en stor diskusjon i akademiske miljøer innen helsefag om ulike syn på omsorg. Et spørsmål er om praksisstedene har like stort fokus på debatten. Perspektiver på omsorg blir behandlet og drøftet i flere nye doktorgradsavhandlinger. Bodil Tveit har i sin doktorgradsstudie "Ny ungdom i gammelt yrke" undersøkt sykepleierstudenters forhold til tradisjonelle omsorgsidealer (Tveit, 2008). Hun synes imidlertid det er påfallende hvor lite diskutert og problematisert dette er i undersøkelser og i utdanningene (ibid). For meg er dette tankevekkende, og det hadde vært interessant å undersøke om yngre og nyutdannede operasjonssykepleiere ville fremstilt sin egen rolle med like stor vekt på assistanse og service overfor kirurgene slik jeg erfarer at den litt eldre generasjon operasjonssykepleiere gjør. Et annet relevant perspektiv er hvilken generasjon og tradisjon kirurgene er utdannet i, i forhold til deres syn på operasjonssykepleieres yrke som selvstendig eller som en assistansefunksjon til deres yrke (Melby m.fl., 2000).

I tillegg til Tveits avhandling, diskuterer også Hem ulike omsorgsidealer i sin avhandling "Mature care?" (Hem, 2008). Hun diskuterer blant annet Martinsens omsorgsbegreper i tillegg til nyere omsorgsteorier som Carol Gilligans omsorgsetikk (ibid).

Tross denne debatten stiller jeg spørsmål om barmhjertighet som omsorgsideal kan være en kjønnet tradisjon som fortsatt står sterkt både i sykepleien og i operasjonssykepleien. De sykepleiere som setter grenser i forhold til et grenseløst omsorgsideal, som barmhjertighet kan oppfattes som i sin ytterste konsekvens, bryter med tradisjonelle og kulturelle forventninger i utøvelsen av sykepleie. Kanskje kan "the Phantom of the Operating Theatre" (punkt 4.2) fremstå som en metafor for de tradisjoner som fortsatt taust og implisitt finnes i operasjonsavdelingenes vegger? Kanskje kan det å sette et kritisk lys på, og tørre å stille spørsmål til sykepleiens tradisjon i forhold til konsekvenser av hvilke omsorgsidealer vi er bærere av, oppfattes som å røre ved selve verdigrunnlaget for sykepleien?

#### **4.4.2 Omsorg og makt**

Gilligans omsorgsetikk (Pettersen, 2006) opplever jeg som et interessant og relevant supplement til de omsorgsteorier som blir anvendt i sykepleien i dag. Hennes omsorgsetikk inneholder perspektiver både på kjønn og makt. I motsetning til barmhjertighet som ideal, hvor omsorgen kan oppleves å bli grenseløs for omsorgsgiveren, kan omsorgsetikken

appellere til operasjonssykepleiere nettopp med sin refleksjon og ønske om å balansere omsorgsbegrepet. Omsorgsetikken ønsker å ivareta så vel omsorgsgiver som omsorgsmottaker (Pettersen, 2006), dette i motsetning til Martinsen omsorgsideal som fokuserer på omsorgsmottakeren (Martinsen, 1991). Mennesket blir i omsorgsetikken forstått relasjonelt, altså grunnleggende forbundet med andre. Gilligan påstår at kvinner ofte har omsorg som normativt ideal, mens de fleste menn har rettferdighet som sin dominerende verdi (Pettersen, 2006, s. 153).

Omsorgetikkens hovedfokus rettes mot det relasjonelle nettverket vi er en del av, som familie, venner og kolleger. Den skiller ikke mellom profesjonell eller privat omsorg, men hevder at en hver relasjon er en omsorgsrelasjon, et fokus som skiller omsorgsetikken fra andre etiske teorier (ibid). Ved å anvende Martinsens omsorgsteori, er fokuset på omsorgen **fra** pleier **til** pasient. I en operasjonsavdeling kan det i tillegg være relevant å se på omsorgens relasjon mellom kolleger som samhandler i det kirurgiske teamet. Gilligan hevder at i nære relasjoner finnes det en relasjonell sårbarhet, og denne sårbarheten kan være et utgangspunkt for at vi har makt til å skade hverandre psykologisk, emosjonelt og relasjonelt (Pettersen, 2006, s. 156). Omsorgsetikken påpeker at å være selvutslettende i sin omsorgsrelasjon kan være skadelig både for omsorgsmottaker så vel som omsorgsgiver. Omsorgsetikkens mål er å finne en balansert avveining mellom ulike behov i omsorgen (ibid).

Som tidligere nevnt i dette kapittelet foregår en interessant diskusjon om omsorgsbegrepet i sykepleien. Juritzen og Heggen (2006, s. 62) bringer begrepet makt inn i debatten om omsorg, fordi de hevder at omsorg i tradisjonell forstand, kan være med å skjule makt gjennom ord som omsorg, empati og respekt. I sin artikkel kritiserer de Vike m.fl. ved å hevde at de fremstiller kvinnelige omsorgsarbeidere, deriblant sykepleiere, slik at de kan oppfattes som et offer i møtet med hjelpetrengende (ibid). Vike m. fl. har gjennomført en studie av velferdsstaten som beskrives i boken "Maktens samvittighet" (2002). Vike blir kritisert av Juritzen og Heggen (2006, s. 64) fordi han og hans medforfattere går inn i en tankegang som gjenspeiler hvordan kvinner stiller seg til rådighet for andre som trenger hjelp.

Som forsker oppfatter jeg omsorgetikkens fokus på makt og kjønn, og omsorgsmakten som relevante perspektiver å ta med inn i operasjonsavdelingen. Flere av de episodene jeg presenterer kan forstås som makt praktisert mellom medlemmer i det kirurgiske teamet. I stedet for å plassere makten hos kirurgene, eller de som måtte være over operasjonssykepleierne i et hierarki, vil det være mer hensiktsmessig å analysere operasjonssykepleiernes

måte å håndtere makt som noe som flyter og sirkulerer (Juritzen og Heggen, 2006, s. 70) mellom medlemmene i det kirurgiske teamet. Videre vil jeg vise hvordan de gjør dette ved å bruke humor.

#### **4.4.3 Hierarki og posisjonering**

Som deltagende observatør erfarer jeg et hierarki blant ansatte i operasjonsavdelingen. For å vise hvordan jeg reflekterer vil jeg først presentere en episode som omhandler forholdet mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere. Samtalen på vaktrommet var med på å gi meg innsikt i operasjonssykepleiernes plassering av seg selv i avdelingens hierarki.

På slutten av en dagvakt er flere samlet på vaktrommet. Jeg prater med en mannlig anestesisykepleier, som jeg her kaller Anders. Ved siden av han sitter en kvinnelig operasjonssykepleier. Samtalen dreier seg om hvordan anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne betrakter hverandres samhandlinger. ”Ja, dere ser vel ned på oss”, sier den kvinnelige operasjonssykepleieren i det hun reiser seg og går demonstrativt ut av rommet. Det kan virke som samtaleemnet provoserer. Anders sukker og sier: ”Nei, vi gjør ikke det, men det er mye som knirker i samarbeidet. Det er som vi spiller kamper uten å ha trent først.” Videre forteller han om sin opplevelse av at anestesisykepleiernes oppgaver ikke blir forstått av operasjonssykepleierne. Anders hevder at operasjonssykepleierne har ”tunnelsyn”, det sier han mens han holder hendene på hver side av øynene for å vise hva han mener. Han forteller at de har lite felles undervisning eller møter, og at de rett og slett ikke kjenner hverandres arbeidsoppgaver særlig godt. Videre skildrer Anders hvordan han opplever at operasjonssykepleierne server kirurgen, han sier:

” Jeg skulle ønske operasjonssykepleierne kunne serve pasienten og ikke bare kirurgen. Men jeg har respekt for deres arbeidsoppgaver. Jeg tror operasjonssykepleierne opplever at det er anestesien som ”eier” pasienten, operasjonssykepleierne er heller ikke med og gir rapport når operasjonen er ferdig. Det er mye bra samarbeid også, men jeg skulle ønske operasjonssykepleierne hadde et mer utvidet blikk, de er veldig teknisk rettet, opptatt av sitt, og ikke lett å få dem til å hente ting når anestesisykepleieren sitter ”fast”.”

Jeg tolker Anders utsagn som at det finnes store brytninger og utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling mellom disse yrkesgruppene. Ved å si at operasjonssykepleierne ikke server pasienten, men er mest opptatt av å tilrettelegge for kirurgen, kommer han med kritikk som nok kan provosere operasjonssykepleierne. For anestesisykepleierne kan det muligens se ut som om operasjonssykepleierne har et avgrenset blikk inne på operasjonsstua, med et ensidig fokus på kirurgen og det tekniske utstyret, og ikke har fokus på pasienten.

Gjennom datamaterialet har jeg absolutt inntrykk av at pasienten er i fokus for operasjonssykepleierne. Ja, jeg oppfatter pasienten som hellig, som en som skal beskyttes og behandles med verdighet til en hver tid. Dette diskuterer jeg nærmere i neste kapittel. Operasjonssykepleiernes overordnede mål med alle sine oppgaver er hele tiden kvalitetssikring i forhold til sterilt og riktig utstyr, samt å forebygge komplikasjoner hos pasienten. Fordi operasjonssykepleierne ikke er med og henter pasienten eller gir rapport etter operasjonene, oppfatter jeg at operasjonssykepleierne i denne avdelingen kan fremstå lite synlig for pasientene og anestesisykepleierne. På den måten kan jeg forstå Anders kritikk av operasjonssykepleierne. Samtidig tolker jeg operasjonssykepleiernes omsorg som mer indirekte overfor pasienten enn anestesisykepleiernes omsorg. Likevel har jeg inntrykk av at alle operasjonssykepleiernes oppgaver utføres med pasienten i fokus. Problematikken Anders tar opp er en stadig tilbakevendende diskusjon om samspillet mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere.

#### **4.4.3.1 Ulike lag**

Goffman (1992, s.74) betegner personer som samarbeider om en enkelt rutine for et lag, eller team. De som tilhører samme lag vil stå i et spesielt forhold til hverandre. Samtidig må hvert medlem av laget kunne stole på at de andre medlemmene oppfører seg slik situasjonen krever. Det foreligger altså bånd av gjensidig avhengighet som binder medlemmene av laget sammen. (ibid).

Jeg tolker det slik at operasjonssykepleierne utgjør et eget lag, slik anestesisykepleieren sammen med anestesilegen utgjør et lag, og kirurgene utgjør et eget lag. På samme tid utgjør alle disse lagene; det kirurgiske teamet. Goffman (1992, s. 90) uttrykker at et lag, eller team, kan være overordnet andre lag. Videre sier han at et lag kan ha visse likhetstrekk med et hemmelig samfunn, som utgjør et samfunn som ikke-medlemmer kjenner til (ibid). Kan et slikt perspektiv belyse hvorfor ikke anesthesi- og operasjonssykepleierne alltid opplever et godt samarbeid innad, mens de utad er med og opprettholder en bestemt definisjon av situasjonen? Goffman (1992, s. 88) hevder at en lagopptreden kan ha ulik dramatisk dominans. Jeg ser for meg kirurgen jeg beskrev i helhetsinntrykket. I det han kom inn på stua tok han den videre regien med sin dominerende opptreden, og demonstrerte gjennom det at hans lag er overordnet de andre lagene som operasjonssykepleierne og anestesien utgjør. Denne episoden var også med på å underbygge den hierarkiske struktur jeg oppfattet i operasjonsavdelingen.

Min forståelse er at operasjonssykepleierne jeg observerte rangerte ledelsen ved sykehuset øverst i hierarkiet, dernest fulgte kirurgene før de plasserte anestesisykepleierne over seg i hierarkiet. Under operasjonssykepleierne kom ulike typer studenter. Studenter i videreutdanning innen operasjonssykepleie rangeres høyere enn sykepleierstudenter. Under studenter plasseres ansatte på sterilavdeling over portører, før rengjøringspersonalet nederst i hierarkiet. Det som forundrer meg er hvordan operasjonssykepleiere rangerte anestesisykepleierne over dem selv. Jeg har en fornemmelse av at denne plasseringen gjøres motvillig, blant annet gjennom episoden jeg fortalte om Anders og operasjonssykepleieren. I tillegg erfarte jeg i feltstudiet at operasjonssykepleierne kunne tenke seg å være med både å hente pasienten og gi rapport, men det var ikke tradisjon for det i denne avdelingen. Videre oppfattet jeg at operasjonssykepleierne seg i mellom plasserte operasjonssykepleiere i steril utøvende rolle over operasjonssykepleieres koordinerende rolle. I avdelingen er kirurgene stort sett menn, og det er flere mannlige anestesisykepleiere enn mannlige operasjonssykepleiere. Dette er slik jeg opplevde at operasjonssykepleierne definerte hierarkiet, andre vil kan hende vurdere det annerledes. Jeg blir nysgjerrig på hvordan kjønn er sammenvevet med hierarkisk posisjon i strukturen, og hvordan posisjonene i avdelingens hierarki kan gi mening til hvordan operasjonssykepleiere uttrykker humor.

#### **4.4.4 "Assistanserollen"**

Operasjonssykepleiere har et definert myndighetsområde og funksjonsansvar. Det deles blant annet inn i et terapeutisk, pedagogisk og administrativt ansvar samt fagutvikling og forskning (Øgrey m.fl., 2005). Her vektlegges operasjonssykepleierens selvstendige roller. En informant fra intervjuene forteller om hvordan hun opplever sin rolle som operasjonssykepleier i det kirurgiske teamet:

" Operasjonssykepleie forbindes med underdanighet, anestesen har en mer selvstendig rolle enn operasjonssykepleierne har. Anestesen jobber jo selvstendig, de kan legge en pasient i narkose alene uten å ha med lege på det, men vi kan jo ikke gjøre en operasjon uten at legen er med."

Uttalelsen viser hvordan operasjonssykepleierne ser på egen yrkesrolle som mer uselvstendig i forhold til anestesen, noe som underbygger min forståelse av hierarkiet. Underdanighet er også et ord som blir brukt av operasjonssykepleiere fra feltobservasjonen. Begreper som "gå til hånd", og "gå løs" er byttet til "koordinerende funksjon", og "steril assistanse" er byttet til "steril utøvende funksjon" i den reviderte utgaven av myndighetsområde og funksjonsansvar (Øgrey m.fl., 2005). De tidligere brukte begrepene "gå løs" og "gå til hånd" kan i seg

selv forstås som en underdanighet, og peker mot en servicerolle som de nye begrepene ”steril utøvende funksjon” og ”koordinerende funksjon” ikke implisitt inneholder. Selv om begrepene har fått ny betegnelse, opplever jeg at de gamle begrepene fortsatt brukes i praksis. Selv om studenter i operasjonssykepleie lærer begrepenes nye benevnelse og innhold gjennom sin utdanning, har muligens operasjonsavdelingens oppfatning og tradisjon større påvirkning på forståelsen av begrepene og bruken av dem.

I operasjonssykepleiernes fagblad ”Overblikk” fra april 2008, ble de nye begrepene for operasjonssykepleiernes funksjoner diskutert av Loraas, leder for NSFLOS (2008, s. 10). Slik jeg forstår henne har det kommet negative reaksjoner på de nye begrepene. Loraas hevder de nye begrepenes intensjon blant annet var å synliggjøre operasjonssykepleiernes roller både i det kliniske feltet, i utdanningen og for operasjonssykepleiernes nærmeste samarbeidspartnere (ibid). Videre hevder hun at begrepene ”gå løs”, og ”gå til hånd” fremstilte operasjonssykepleieren som et ”vedheng” til kirurgen, og at de gamle benevnelsene ikke viser den komplekse kompetanse en operasjonssykepleier har (ibid). Slik jeg tolker det, kan operasjonssykepleiernes syn på egne roller og funksjoner være med på å befeste plasseringen de gir seg selv i avdelingens hierarki. En endring av dette synet krever en bevisstgjøring og en villighet til å gå inn i en diskusjon om operasjonssykepleiernes reviderte myndighetsområde og funksjonsansvar, slik at operasjonssykepleierne kan få hevet sin status.

I følge Melby signaliserer legene fremdeles et syn på sykepleierne som sine assistenter, og anerkjenner ikke sykepleie som eget fag (Melby m.fl., 2000, s. 277). Legenes syn på operasjonssykepleiere som sine assistenter kan vanskeliggjøre operasjonssykepleieres frigjøring fra en tradisjonell assistanserolle til kirurgen. Wærness påstår at sykepleiere har havnet i en teknikerrolle, som nok kan gi prestisje og status, men som samtidig gjør sykepleierne til legenes underordnende (Melby m.fl., 2000, s. 302). Slik jeg forstår operasjonssykepleie, fremstår det utad som et teknisk yrke, samtidig som informantene hevder at operasjonssykepleie er å holde orden og tilrettelegge for kirurgen.

Under feltstudiet observerte jeg at operasjonssykepleierne reagerte på det minste vink eller signal fra kirurgene. Når en kirurg kommer inn på operasjonsstua med armene opp, betyr det at han har utført kirurgisk håndvask før han trenger hjelp til å kle på seg steril frakk og hansker. Operasjonssykepleierne oppfatter straks signalet, og slipper umiddelbart det de har i hendene for å hjelpe kirurgen. Tilsvarende skjer under operasjonene. Jeg mener ikke at operasjonssykepleieren ikke skal hjelpe kirurgene, men jeg undret meg av og til da jeg



observerte med hvilken iver operasjonssykepleiere hjalp dem. Det var måten operasjonssykepleieren gjorde det på som får meg til å stille spørsmål om deres omsorgsideal inkluderte kirurgene så vel som pasientene. Eller sagt på en annen måte; er operasjonssykepleiernes fokus på å serve kirurgene en indirekte omsorg for pasientene slik at det kirurgiske inngrepet blir vellykket for pasientene?

Det er noe grenseløst i omsorgsrollen eller servicerollen operasjonssykepleierne utviser overfor kirurgene. Dette kan både leses i et omsorgs- og maktperspektiv, og innbakt i dette et kjønnsperspektiv. Gilligan (Pettersen, 2006) sier en hver relasjon er en omsorgsrelasjon, med mulighet for å bruke makt. Gilligan presenterer tre ulike nivåer hvor første nivå er å ta vare på seg selv og egne interesser. Det andre nivået preges av en ensidig fokusering på andres behov. Det tredje nivået vektlegger både egne og andres behov gjennom å reflektere over flere perspektiver, før den løsningen som synes best velges (ibid). Barmhjertighet som omsorgsideal kan i følge Pettersen plasseres på nivå to, med fokus på andres behov. Er det ut ifra dette nivået operasjonssykepleierne viser sin omsorg? På nivå to kan egne grenser viskes ut, og Gilligan hevder at dette nivået ofte gjenspeiler tradisjonelle og kulturelle kvinneroller (Pettersen, 2006).

West og Zimmerman åpner for å se kjønn som kulturelle påbud som individet må følge for å kunne bli sosialt akseptert (Solbrække og Aarseth, 2006, s. 70). Gjennom dette perspektivet hevder de at mellommenneskelige relasjoner kan være med på å legitimere og opprettholde hierarkiske kjønnsrelasjoner (ibid). Kan operasjonssykepleiernes tilgjengelighet for kirurgene tolkes som et uttrykk for at de oppfatter tilgjengelighet som en tradisjonell kvinnerolle og som et kulturelt påbud, eller fordi det forventes at rollen som operasjonssykepleier skal gjøres på bestemte måter? På måter som er kjønnede? En informant sier:

”... Ja, for vi har en rolle, og vi har våre arbeidsoppgaver som legene ikke gjør, og kanskje ikke kan mange ganger. De er veldig avhengige av oss, de er **veldig** avhengige av oss...”

Dette bringer nok en dimensjon inn i diskusjonen, kvinners makt eller motmakt. Kan det å gjøre kirurgen så avhengig av seg være en måte operasjonssykepleierne viser makt på, eller en måte å utøve motmakt på? Hvorvidt det er snakk om makt eller motmakt vil avhenge av hvem man oppfatter har makt i helt konkrete situasjoner. Ut ifra det jeg til nå har beskrevet synes det imidlertid som om makt, kjønn og omsorg er knyttet sammen. I følge Christensen (2003) kan motmakt være problematisk å få øye på. Makt og motmakt er knyttet til selvet ved at vår rolle gjerne knyttes til det som er meningsbærende for oss. Vi inntar ikke kun en rolle som vi

går inn og ut av, men vi gjør den til vår ved å investere og legge noe av oss selv i den. Dette er en måte å gi mening til Sørhaugs, Luhmanns og Haavinds (2001) påstand om at; ”Kvinner er noe for seg selv gjennom å være noe for andre, mens menn er noe for andre gjennom å være noe for seg selv” (Bakken, 2001, s. 66).

Butler er opptatt av hvordan kjønn skapes gjennom måten vi fremtrer og uttrykker oss på, altså gjennom å gjøre kjønn (Bondevik og Rustad, 2006, s. 56-57). Kjønn skapes gjennom vår opptreden, eller iscenesettelse (ibid). Når operasjonssykepleierne fremhever assistanse og servicerolle som betydningsfullt i operasjonssykepleien, kan dette leses som en måte å iscenesette seg selv som kvinner. Butler hevder at kvinner iscenesetter seg ut ifra rådende diskurser, eller normer som regulerer samfunnet. Derfor kan ikke kvinner iscenesette seg kun slik de selv vil, men ut ifra samfunnets rådende normer (ibid). Hvis normene for operasjonssykepleiere fremdeles er å fremstille seg som en ”håndtlanger”, slik en informant sier, eller som en assistent til kirurgen, kan Butlers perspektiv være relevant for å forstå hvordan operasjonssykepleie er en kjønnnet scene hvor de sammen med andre konstituerer sin rolle på bestemte kjønnede måter. Akkurat som de mannlige kirurgene og anestesisykepleierne gjør kjønn på sine måter.

Et viktig spørsmål er imidlertid hvordan omsorg, kjønn og makt kobles sammen og viser strukturer for rettigheter og plikter. Sagt på en annen måte; kan det å være kvinnelig operasjonssykepleier gi en posisjon med mindre makt enn de andre i operasjonsavdelingens hierarki? Det er interessant å spørre seg om hvordan det ville vært hvis operasjonssykepleien ble overtatt av menn, og kirurgene i større grad var kvinner? Tematikken reiser spørsmål knyttet til om operasjonssykepleiere trer inn i en forventet rolle ut ifra hvordan sykepleie er definert av samfunnet, i det de skifter til grønt arbeidsantrekk? Kan rollen bekrefte det kvinnelige ut fra å være omsorgsperson og serviceinnstilt overfor kirurgene fordi tradisjonen og kulturen i operasjonsavdelingen implisitt forventer det?

#### **4.4.5 Operasjonssykepleie – adgang forbudt for menn?**

Ved flere anledninger under feltstudiet var samtaleemnet hvorfor det ikke er så mange mannlige operasjonssykepleiere. Informantene fremhever assistanse og servicerolle overfor kirurgene, samtidig som de stiller seg spørrende til om dette er roller som er attraktive for mannlige sykepleiere. Tradisjonelt er det få mannlige sykepleiere, og enda færre mannlige operasjonssykepleiere. Et interessant spørsmål vil være på hvilke måter de kan tilføre operasjonssykepleie noe nytt i forhold til det tradisjonelle synet på omsorg og assistanse.

Når jeg i intervjuene spør om hva det er ved operasjonssykepleie som ikke appellerer til menn, får jeg blant annet dette svaret:

**Intervjuer:** "Tror vi snakka litt om det sist også, men jeg synes det er litt påfallende at det er mange mannlige anestesisykepleiere, mens det finnes få menn i operasjonssykepleien?"

**Informant:** "Det kan du si, for det burde det jo vært, men på avdelinger hvor det ikke er noen menn, så får du kanskje et litt sånn kjerringstempel, at det er jo bare damer som jobber der..."

**Intervjuer:** "Tror du det har noe med arbeidsoppgavene å gjøre?"

**Informant:** "Jaaaa,... altså hvis man ser på det utenfra, det er jo mange som ser på det som et håndlangerarbeid, ikke sant? Og **det** virker vel ikke attraktivt, kanskje, på menn? Ser jo at det absolutt er et behov for menn, synes jeg. Det er jo mye av det som virkelig er muskelarbeid, og så er det mye teknisk utstyr. På en annen avdeling her, så er det jo et par menn, og særlig en av dem gjør det til sitt poeng å ha god innsikt i alt det tekniske, ikke sant? Så hvis det er noe kommer han løpende...(latter), men... (pause). Jeg ser ikke noe negativt i det å ha menn i operasjonssykepleien, og tror ikke noen andre synes det heller, at de liksom menger seg inn på vårt område eller noe (latter), vet ikke jeg, nei..."

Informanten peker spesielt på at assistanserollen, avhengighetsrollen, servicerollen og ansvar for hygiene i operasjonssykepleie ikke appellerer til menn. Videre hevder informanten at nettopp teknisk utstyr burde være attraktivt for menn. Hun sier også at mannlige operasjonssykepleiere gjør et poeng av det å mestre teknologien. Kan det være slik at med flere menn i operasjonssykepleien, ville det blitt mer fokus på det tekniske ved yrket, og samtidig en nedtoning av assistanse og servicerollen overfor kirurgene?

Butler poengterer at vi former og iscenesetter kjønn på måter som er forventet og forståelig i vår kultur (Bondevik og Rustad, 2006, s. 56). Menn vil muligens iscenesette seg selv gjennom egenskaper som oppfattes maskuline, og kvinner gjennom egenskaper som forstås feminine. Kan det være slik at kvinnelige operasjonssykepleiere ser på assistanse og servicerollen, å rydde etter andre, å foreberede en operasjon og legge til rette for kirurgen, som feminint, og at mannlige operasjonssykepleiere ønsker å vise at de behersker det teknologiske utstyret, som en maskulin opptreden?

Merete Lie hevder at teknologi er en måte å gjøre kjønn på (Lie, 2006, s. 250). Å være fortrolig med teknologi gjenkjenner vi som mannlig. Teknologi kan defineres som gjenstander man viser frem, eksempelvis i yrker hvor verneutstyr og arbeidsklær skaper et spesielt kroppsspråk (ibid). Lie hevder at teknologisk kunnskap innebærer makt. For mange menn er det å arbeide i et teknisk yrke ikke bare en jobb, men også en bekreftelse på maskulinitet (Lie, 2006, s. 253). Å inneha teknisk kompetanse kan gi tilgang til maktposisjoner og påvirkning på samfunnsutviklingen. Vil fag mykne eller falle i status hvis kvinner erobrer teknologien?

Sykepleie har etter hvert sterke innslag av teknologi. Likevel oppfattes ikke yrket som teknisk i følge Lie (ibid). Hun stiller spørsmål om det kan være fordi vi sammenblander kjønn og teknologi. Sykepleie er et typisk kvinneyrke, og blikket rettes mot det som er kvinnelig ved faget. Gjennom det kan teknologien oppfattes som usynlig (Lie, 2006, s. 254).

Operasjonssykepleiere må ha kunnskaper om, og kunne betjene mye medisinsk teknisk utstyr som blant annet kirurgiske instrumenter, skopiutstyr<sup>17</sup>, diatermiapparater<sup>18</sup>, røntgenutstyr, pressluftverktøy og gassapparatur (Høgskolen i Vestfold, 2008). Likevel appellerer ikke dette til menn, selv om operasjonssykepleie av mange blir oppfattet som et mer teknisk yrke enn vanlig sykepleie. Er det slik at yrket ikke appellerer til menn fordi blikket tradisjonelt rettes mot det som fortsatt er kvinnelig ved faget; assistanse, servicerollen og hygieneansvar?

I følge Bakken (2001, s. 13) søker mannlige sykepleiere seg til det han kaller maskuline øyer, som eksempelvis intensiv, operasjon, anestesi, ambulanse og administrasjon. At mannlige sykepleiere søker spesialitetene Bakken her nevner, er jeg kun delvis enig i fordi erfaringen tilsier at det er få menn som blir operasjonssykepleiere. Dette til tross for at operasjonssykepleie inkluderer kunnskap om avansert teknologisk utstyr, som nettopp Bakken hevder menn søker til (ibid). Bakken sier at det å stille sitt liv til rådighet for andres behov ikke appellerer til menn, mens derimot avdelinger hvor det å behandle, det å være et handlende subjekt, kan være mer interessante for mannlige sykepleiere. Han hevder videre at mannlige sykepleiere søker seg til avdelinger hvor det er mer "legeaktig", hvor konteksten består av behandling, ansvar og myndighet (Bakken, 2001, s. 14). Operasjonsavdelingen fremstår som et slikt sted, med tegnmarkører, som Bakken kaller grønne operasjonsfrakker, munnbind og stetoskop, tegnmarkører som uttrykker et høyere nivå innenfor sykehusets hierarki (ibid). Men som et paradoks, uteblir likevel mannlige operasjonssykepleiere fra operasjonsavdelingene.

Under min feltstudie var jeg til stede på en svært rolig vakt, og det var anledning til å sitte på vaktrommet og prate sammen. Det var kun tre kvinnelige operasjonssykepleiere til stede, som jeg kaller Berit, Grete og Else. Både kirurger og anestesisykepleierne oppholdt seg et annet sted i sykehuset. Diskusjonen denne ettermiddagen handlet blant annet om hvordan det

---

<sup>17</sup> Skopiutstyr – kirurgisk utstyr som kan brukes til å se kroppshulrom innenfra med et rørformet, ofte bøyelig instrument som for eksempel laparoskop, gastroskop og bronkoskop (Kåss og Marthilm, 1998).

<sup>18</sup> Diatermiapparat – et medisinsk teknisk apparat som brukes til å punktvis oppvarme vev og eller blodkar med høyfrekvent vekselstrøm slik at de koagulerer. Anvendes ved operasjoner for å stanse blødninger (ibid).

var å ha mannlige operasjonssykepleiere i avdelingen, en diskusjon som kanskje hadde vært annerledes hvis det hadde vært menn til stede. Berit kommenterte det slik:

”Det er forskjell på menn som er anestesisykepleiere og mannlige operasjonssykepleiere. Mannlige anestesisykepleiere liker mer fart og spenning, og det er jo ikke så spennende å assistere i feltet? De mannlige operasjonssykepleierne forsvinner til firmaer som selger kirurgisk utstyr, de blir jo ikke i yrket. De tjener bedre også i firmaer, det er mer spennende. Operasjonssykepleiere rydder jo bare etter andre, tømmer søppel, litt damete ting? De mannlige operasjonssykepleierne gjør også jobben på en litt annen måte – annerledes enn oss kvinner. Det er positivt for miljøet at det er mannlige operasjonssykepleiere, men ikke nødvendigvis for sykepleien? Men det gir en annen holdning i miljøet!”

Her essensialiserer operasjonssykepleierne kjønn, det vil si at de gjør kjønn til den egenskapen som gis betydning. Dette utsagnet underbygger hvordan operasjonssykepleie og kjønn er knyttet sammen, og får meg til å fundere på om kvinnelige operasjonssykepleiere egentlig ønsker mannlige operasjonssykepleiere velkommen til yrket. Det vil være bra for miljøet, men ikke nødvendigvis for sykepleien. Er det slik at mannlige operasjonssykepleiere ville utfordre kvinnelige operasjonssykepleierens domene og tradisjon på hvordan de utfører sitt fag, sitt omsorgsideal, assistanse og servicerolle? Ville flere mannlige operasjonssykepleiere være med å påvirke eller endre hvordan kvinnelige operasjonssykepleiere iscenesetter seg som kvinner? Kan en mannlig operasjonssykepleier bli latterliggjort fordi han oppfattes av de kvinnelige operasjonssykepleierne som en som spiller på å mestre det teknologiske utstyret, samtidig som han har det uryddig på assistansebordet sitt?, slik Grete hevdet. Else mente at kirurgene er mer tålmodige med de mannlige operasjonssykepleierne hvis de gir feil instrument, eller ikke har orden på assistansebordet sitt. Kirurgenes tålmodighet med mannlige operasjonssykepleiere kan være et uttrykk for at kirurgene har andre forventninger til en mannlig operasjonssykepleier enn til en kvinnelig operasjonssykepleier når det gjelder orden. Gjennom dette bringes fokus på kjønn som essens, som noe biologisk som er der og som kommer til uttrykk. Kan operasjonssykepleieres assistansebord oppfattes av kirurgene som en kvinnes ”kjøkken”, hvor han respekterer hennes orden fordi det er viktig for henne. Å ha orden kan være en måte å gjøre kjønn på, å iscenesette feminitet for en kvinnelig operasjonssykepleier slik Butler hevder (Bondevik og Rustad, 2006). Å holde orden har tradisjonelt vært kvinnes oppgaver (Bakken, 2001).

Å holde orden på assistansebordet fremhever informantene som svært viktig for en god operasjonssykepleier. Jeg observerer at operasjonssykepleierne rydder på assistansebordet så fort de har anledning. Kan derfor en mannlig operasjonssykepleier implisitt bli kritisert for ikke å være en god operasjonssykepleier av sine kvinnelige kolleger? Jeg observerer at

kirurgene spør om tillatelse før de selv henter kirurgisk utstyr fra assistansebordet. For meg virker det som ansvar for hygiene og kirurgisk utstyr er operasjonssykepleiernes domene, og kan oppleves nærmest som et reviområde, som vernes og beskyttes for en hver pris.

En senvakt begynte som vanlig på vaktrommet med rapport. En mannlig operasjonssykepleier, Pelle, kom litt sent. Han satte seg ikke, men fortsatte å stå. Det ble gjort tegn til at han skulle sette seg slik at rapporten kunne begynne. Da sa han: ”Jeg kan gjøre to ting på en gang, jeg er ingen vanlig mann”, så lo han. Alle lo, og begynte å fleipe og synge sangen ”Jeg er bare en mann”. Rapporten ble gitt mens Pelle sto. Hvorfor ville ikke Pelle sette seg? Blir han stående fordi han ikke vil innrette seg etter sine kvinnelige kolleger, eller vil han bare pirre og røre ved noe? Det er tydelig at ved ikke å sette seg, skapte han en form for uro som stilte spørsmål ved ham og hans deltagelse og likhet med dem.

Bakken skriver at mannlige sykepleiere opplever å være i et ingenmannsland hvor det er kvinnene som styrer og har regien (Bakken, 2001, s.16). Kan en mannlig operasjonssykepleier oppleve å være i en slags gråsoner hvor han både skal være mann og ”operasjonssøster”? Bakken hevder at det ikke nødvendigvis oppstår konflikter mellom mannlige og kvinnelige sykepleiere, men at konflikten kan være som en spenning de mannlige sykepleierne bærer inne i seg (ibid).

Etter rapporten ble det diskutert hvordan arbeidsoppgavene skulle fordeles på vekten, og Pelle sier til Aslaug: ”Du kan ta ansvaret for postoperative plasser i kveld, du er jo en seriøs sykepleier!” Jeg leser det slik at Pelle her leker med to logikker; hennes rolle som seriøs sykepleier, og hennes usikkerhet som kvinne. Han setter kjønn og faglighet i spill. Videre beretter Pelle hvordan han opplever å være mann blant så mange damer. Han forteller mens han ler:

”Jo, jeg liker damer i 40 -50 årene, damer er seriøse sykepleiere, de kan mer enn bare å assistere, de ringer på postoperativ, ordner med kirurg, henter utstyr også videre. Selv om det å ordne postoperative plasser er kirurgens eller anestesilegens ansvar så ordner operasjonssykepleierne det.”

Jeg tolker Pelles uttalelse slik at han sier at de kan mer enn hva man tror, og de gjør mer enn vi ser. Aslaug bryter inn og kommenterer: ”Og dessuten, hvis legene skulle ordnet det, blir det bare surr, ja, unnskyld at jeg sier det.” Begge ler. Utsagnet kan tolkes som operasjonssykepleierne tar på seg et sekretæransvar, eller et ansvar som går utover deres definerte arbeidsoppgaver ved å ”passe” på kirurgene. Uttalelsene er sagt i en humoristisk tone, men

som samtidig har et underliggende budskap. Ved å ”passe” på gjør hun andre avhengige av seg. Hva når hun ikke er der? Hun vet at det ikke er hun som har makten, men hun får makt gjennom måten å gjøre sin rolle på, og slik får hun indirekte makt, og mer makt enn folk flest tror. Eksempelen kan leses som en måte å skape mening i den delen av arbeidet som handler om hennes assistanserolle.

Gjennom eksempelet med Pelle tenker jeg at mannlige operasjonssykepleiere kanskje kan være med å synliggjøre operasjonssykepleie på en ny måte. De kan bidra til å bryte en tradisjon som er dominert av hvordan kvinner gjør og uttrykker operasjonssykepleie via omsorg, assistanse og service, og få frem deres andre roller som også involverer makt. På sikt kan dette endre roller. Perspektivene som er belyst i dette kapitlet bringer oss videre til neste kapittel om humorens grenser og rammer, fordi jeg har en formening om at den måten kvinner iscenesetter seg i operasjonssykepleie også har medvirkning på hvordan de uttrykker humor, og definerer grenser og rammer.

## **4.5 Humorens grenser og rammer**

Min tolkning av informantenes fokus på humor, der et gjennomgående tema var humorens grenser, leder meg frem til den neste analysen; ”humorens grenser og rammer”. Informantene vektlegger humorens positive egenskaper, samtidig som de forteller lite om humorens negative sider. Er det fordi informantene av lojalitet for sine kolleger ikke ønsker å utlevere de negative opplevelsene til meg som forsker? Eller kan det være fordi de først og fremst forbinder humor med noe positivt? Jeg tenker også at min innfallsvinkel til å se humor primært som positivt, kan ha med min forforståelse å gjøre.

Informantene fremhever grenser for bruk av humor. Likevel har jeg observert at grensene kan tøyes. Jeg stiller spørsmål om grensene operasjonssykepleierne peker på, kan være et uttrykk for verdier og ideologier de identifiserer seg med som sykepleiere og operasjonssykepleiere, slik jeg diskuterte i forrige kapittel. Jeg undres også på hvordan operasjonssykepleiernes verdier iscenesettes, praktiseres og uttrykkes som grenser for bruk av humor belyst gjennom Goffmans rammebegrep.

Robinson hevder at helsepersonell har blitt både programmert og sosialisert gjennom utdanning til ikke å le eller bruke humor fordi ”Illnes is a serious business – it is not a laughing matter!” (Robinson, 1991, introduction xix). Hun hevder videre at humoren alltid har eksistert i helsevesenet tross forsøk på sanksjoner, fordi humor har et betydningsfullt

formål som mestringsstrategi både for personale og for pasienter (ibid). Robinson fremhever betydningen av å se nærmere på hvilken måte og i hvilken kontekst humor blir brukt. Dette synes jeg er et relevant perspektiv for min videre tolkning av humorens grenser innenfor konteksten operasjonsavdelingen.

#### **4.5.1 Hva er en grense?**

Informantenes uttalelser i datamaterialet leder meg til begrepet grense. Jeg forstår begrepet grense som en metafor, som et tvetydig bilde på et skille som av og til kan være tydelig, men like ofte kan grenser være skjult og vanskelig å oppdage. Grense fremstår for meg som et komplekst og sammensatt begrep uten en entydig og klar definisjon. Slik tolker jeg også humorens grenser. Å kunne definere humorens grenser vil sannsynligvis avhenge av hvem vi er, om vi er mann eller kvinne, vår alder, vårt yrke og ikke minst den konteksten humor brukes i. En informant fra intervjuene uttrykker grenser ved bruk av humor på denne måten:

”... Ikke det at vi holder på å tulle og røre og fleipe, det er visse grenser. Det skal jeg kanskje ikke si høyt men, med en våken pasient tar vi jo mer hensyn... bør jo selvfølgelig ikke le for mye da. Med en våken pasient, det har jeg tenkt mye på, det med latter, når pasienten ikke vet hva vi ler av, og hører latter, så opplever jeg det ikke er bra, at de kan mistolke... Ja, men klart det er en grense også der, at pasientene kan føle seg utrygge, og tror at de ansatte ikke gjør en ordentlig jobb? Men vi ler jo ikke inne på stua. Det gjør vi ikke. Vi venter til pasienten sover... (latter). Jeg synes at vi stort sett holder oss innenfor grensa, det vil jeg si, som **jeg** anser for grensa i hvert fall.”

Flere lignende utsagn både fra intervjuene og feltstudiet, gir meg en opplevelse av å nærme meg et felt som det er vanskelig for informantene å gjøre rede for. Samtidig forstår jeg informantene slik at de svært godt vet hvor grensene for bruk av humor bør gå, selv om begrepet grense blir fremstilt utydelig og ulikt definert av informantene. Jeg tolker informantenes utsagn som de oppfatter pasienten som en hellig grense. Goffman karakteriserer individers selv som hellig, og det hellige selvet skal beskyttes og ikke krenkes (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 198). For Goffman kan selvet forstås både som hellig og skrøpelig, og som derfor må beskyttes gjennom spesielle måter å samhandle på (ibid). Gjennom Goffmans syn på selvet, forstår jeg informantens utsagn slik at pasientens selv skal vernes og beskyttes for det hun mener er upassende humor inne på operasjonsstua. Pasienten skal føle seg trygg på at medlemmene i det kirurgiske teamet kan jobben sin og oppfører seg på en måte som er verdig overfor ham. Det å le for mye så pasienten hører det, er å tøyne en grense for langt, i følge informanten.



Som en hjelp til å forstå og definere begrepet grense har jeg sett på Mary Douglas formulering av urent: ”... dirt is a matter out of place” (Douglas, 1997, s. 50). Jeg tolker humor brukt utenfor sin rette kontekst som noe urent, som noe umoralsk, eller ”a matter out of place”. Jeg oppfatter informantenes grenser for bruk av humor spesielt knyttet opp til når, hvor og hvordan de bruker humor i operasjonsavdelingen.

Jeg velger også å forstå begrepet grense ut ifra Goffmans rammebegrep, som blir diskutert mer i avsnittet om rammer. Rammer er med på å gi oss regler for hvordan vi skal oppføre oss. Goffman hevder at regler påvirker individene på to forskjellige måter; som direkte moralske forpliktelser og indirekte som forventninger (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 79). I samhandling mellom mennesker knyttes altså forpliktelser og forventninger seg til hvordan ens forpliktelser ofte er en annen persons forventninger (ibid). Slik jeg leser dette inn i grenser ved bruk av humor, kan det forstås slik at operasjonssykepleiere er moralsk forpliktet til å oppføre seg slik det forventes at en operasjonssykepleier skal oppføre seg. Forpliktelsene og forventningene kan forstås ut ifra samfunnets gjeldende normer (Bondevik og Rustad, 2006) hvor det tradisjonelt forventes at operasjonssykepleieren setter pasienten i sentrum ved å vise omsorg. I en kontekst i operasjonsavdelingen, med en sårbar og hellig pasient i sentrum, vil det være regler for **når** og **hvor** og **hvordan** humor kan anvendes. Dette for at pasientens hellige selv ikke skal krenkes, men også for at selvene til alle i det kirurgiske teamet skal ivaretas.

Rammer er altså med på å gi regler for adferd (Goffman, 1982). Grenser kan også forstås som regler. Regler kan kalles for påbuds- og forbudsregler. Disse begrepene har Goffman hentet fra Durkheim (Kristiansen, 2005, s. 205). Positive regler kalles for påbudsregler. De kjenne-tegnes ved å beskrive måter som foretrekkes for oppførsel ved å angi hva som er riktig å gjøre i en situasjon (Album, 1996, s. 73). Påbudsregler pålegger oss å være åpne og aktive samtidig som de regulerer hvordan vi skal være det. Både påbuds- og forbudsregler gjelder samtidig. Det er ikke tilstrekkelig å la være å gjøre det som er forbudt, vi må også bidra aktivt med det som er positivt (Album, 1996, s. 62).

#### **4.5.2 Drama bak lukkede dører**

Jeg velger å fortelle en episode fra feltstudiet som jeg har kalt ”drama bak lukkede dører”. Denne episoden åpner til temaene for dette kapittelet; humor, grenser, rammer og hellighet.

Jeg var på senvakt. Det var fortsatt mye å gjøre fordi noe av operasjonsprogrammet fra dagen ennå ikke var ferdig. Samtidig ble det hele tiden meldt nye øyeblikkelig hjelp pasienter. Telefonen ringte, og denne gang ble en pasient med alvorlig skuddskade meldt. På samme tid hørte vi helikopteret i det fjerne. Det ble ikke tid til pause, og operasjonsteamet gikk fra stue til stue. Jeg har ikke sett skuddskader på den måten før, og opplevde situasjonen og synet av skaden som overveldende og grufullt. Ingen forsto at denne pasienten kunne være i live. Stemningen på stua var tynget av alvor. En lege vurderte skaden og sa høyt: ”Ja, her er jo tilgangen i hvert fall klar”. Alle lo. Jeg lar episoden stå som et overordnet eksempel jeg vil analysere i de følgende avsnittene.

#### **4.5.3 Informantenes grenser for bruk av humor**

I en videre oppsummering av datamaterialet oppfatter jeg pasienten som en hellig grense som tema for humor, særlig ”frontstage”, eller inne på selve operasjonsstua. I tillegg oppfatter jeg at pasientene skal vernes slik at de ikke skal overhøre upassende humor, eksempelvis galgenhumor mens de er i operasjonsavdelingen. Temaer som død, amputasjoner og andre tragiske hendelser vil også være å bryte en grense ved bruk av humor i pasientens påhør. I etterkant av tragiske hendelser derimot, får jeg en forståelse av at humor kan være et verktøy for bearbeiding av tragiske episoder, som en slags debriefing, eller overlevelsestaktikk for nettopp å holde det tragiske på avstand.

Vaktrommet er imidlertid et sted jeg oppfatter at grensene for humor defineres annerledes. Min erfaring fra feltstudiet er at det på vaktrommet ikke alltid vernes om pasienten som tema for humor innenfor samme hellige grense som inne på operasjonsstua. På vaktrommet gjelder andre rammer og regler. Her opplever jeg en viss diskrepans mellom det som blir sagt i intervjuene og det som blir utført i praksis. I de situasjonene det er legitimt å bruke humor, fremhever flere informanter at humoren ikke skal være på bekostning av pasienten. Dette kan forstås som en moralsk forpliktelse i forhold til den konteksten en operasjon foregår i. Derfor kan episoden med skuddskaden i første omgang tolkes som et brudd på informantenes grenser, fordi det ble brukt galgenhumor i selve operasjonskonteksten, ”frontstage”, og ikke i etterkant på vaktrommet, ”backstage”. Grenser for bruk av humor er imidlertid ikke entydige, og ulike yrkesgrupper vil definere grenser annerledes enn operasjonssykepleierne. Episoden med skuddskaden kan tolkes slik at det ikke var operasjonssykepleiernes grenser for bruk av humor som ble brutt, selv om de lo. Det var en lege som kom med kommentaren, og de har muligens andre grenser for bruk av humor enn operasjonssykepleierne. Likevel kan

operasjonssykepleiernes latter forstås slik at de var med på å bekrefte og definere rammen i situasjonen. Ved å bruke Goffmans "frontstage" og "backstage" som metaforer, synes jeg humorens grenser, slik som operasjonssykepleierne fremstiller dem, synliggjøres gjennom ulike regler og rammer for bruk av humor i denne operasjonsavdelingen.

Pasienter i narkose skal vernes for upassende humor, men det legger ikke like stor demper på humoren blant personale som en våken pasient under en operasjon gjør. Operasjonspasienten er i en spesielt sårbar situasjon, preget av at helse og livssituasjon brått har blitt forandret eller forverret seg, og ikke minst at pasienten for en tid har måttet gi fra seg kontrollen over sin egen situasjon til det kirurgiske teamet, eksempelvis pasienten med skuddskade.

Våkne operasjonspasienter er som oftest premedisinert<sup>19</sup>, noe som kan medføre at bruk av humor kan oppfattes annerledes av dem enn i en annen kontekst. Informantene vil spesielt verne våkne, svært dårlige og demente pasienter for humor som kan oppleves negativt eller krenkende. Såkalte "friske" operasjonspasienter kan involveres i humoren på en annen måte enn de ovenfor nevnte. Tom Parks forteller hvilket bilde han hadde av å være operasjonspasient, sitert i Kleins bok "The Courage to Laugh":

"I was real calm about the operation. `Til I realized what I was doing. I'm lying there naked. On a table in front of people I don't know. And they have knives. What's wrong with this picture?" (Klein, 1998, s. 55).

Som deltagende observatør har jeg mulighet til å observere en eventuell diskrepans mellom det informantene sier i intervjuene mot det som faktisk skjer i praksis (Fangen, 2004, s. 182). Selv om jeg opplever en viss diskrepans om grenser for bruk av humor, får jeg som deltagende observatør inne på operasjonsstua en overbevisende erfaring som forsterker informantenes uttalelser om grenser. Dette utdyper jeg i neste avsnitt.

#### **4.5.4 Stillhetens budskap**

I helhetsinntrykket beskrev jeg hvordan forberedelser til en operasjon gir et høyt lydnivå inne på stua. Det er mange mennesker til stede, utstyr skal åpnes, elektroniske apparater durer og det summer av stemmer fra mennesker. Som deltagende observatør tolket jeg dette lydets landskap som et budskap om at nå forberedes det til operasjon. I det kirurgen med skalpellen penetrerte pasientens desinfiserte hud, opplevde jeg imidlertid en radikal forandring av

---

<sup>19</sup> Premedikasjon – omfatter ofte et beroligende middel som gis kvelden før operasjonsdagen i tillegg til selve operasjonsdagen. Premedikasjon har tre formål: 1. Sedasjon. 2. Analgesi. 3. Refleksdemping (Finstad og Valeberg, 2002, s. 55).

lydbildet, som jeg først kalte stillhet. En særegen stillhet jeg umiddelbart ikke var i stand til å beskrive, samtidig som jeg implisitt visste den hadde stor betydning, og som jeg nå ønsker å reflektere over.

I boken "Stillhetens historie og andre essays" hevder Per Englund at stillhet ikke finnes, men at stillheten på paradoksalt vis er forent med sin motsetning, lydens historie (Englund, 2004, s. 15). Slik kan stillhet forstås som et fravær av lyder (ibid). Hans beskrivelse av stillhet åpnet øynene mine og ga meg en aha-opplevelse for at det nettopp var fraværet av de forberedende og støyende lydene til operasjonen jeg opplevde som en intens stillhet. Fraværet av disse lydene, samt resonansen i rommet, løftet frem lydene fra pasientens respirator. Aha-opplevelsen fikk meg til å fornemme at stillheten hadde et sterkt og klart budskap i konteksten inne på operasjonsstua. Dette budskapet i situasjonen speilet et stort alvor som omfattet mer enn de tilstedeværende, eller stillheten som sådan, nemlig et budskap om et grenseland mellom liv og død for pasienten. I et slikt grenseland kreves en intens konsentrasjon fra de som skal utføre en jobb slik at resultatet blir optimalt for pasienten. Stillheten, eller fraværet av lydene, ga meg budskap om en ny gjeldende ramme for situasjonen. Den spesielle stemningen jeg fornemmet gjennom stillheten ga meg forståelse for at pasienten oppfattes som hellig.

Min intensjon ved å beskrive egen opplevelse av stillheten under operasjoner, er at jeg evner å overføre til leseren min forståelse for informantenes utsagn om ikke å bryte inn i stillheten, eller konsentrasjonen, verken med prat eller humor. Slik jeg har tolket informantenes grenser, ville det i denne konteksten virkelig vært å trække over eller smadre en grense, eller en definert ramme. Opplevelsen var med på å gi ny innsikt og forståelse for det kirurgiske teamets arbeidsoppgaver, og de grensene for bruk av humor operasjonssykepleierne beskriver. Observasjon som forskningsmetode ga meg muligheten til selv å erfare og oppleve stillhet som gjeldende ramme under operasjonene på en mer overbevisende måte enn kun intervju som forskningsmetode ville gitt. Derfor vil jeg si at observasjon og intervju som metoder har vært med på å validere hverandre.

Min erfaring av gjeldende rammer, eller grenser for bruk av humor under operasjonene, kan sikkert oppleves annerledes ved operasjonsavdelinger med andre typer inngrep. Operasjonene jeg observerte var i hovedsak svært kompliserte inngrep som krevde mye konsentrasjon av det kirurgiske teamet. De fleste operasjonene ble utført mens pasientene var i narkose.

#### 4.5.5 Rammer

En ramme kan i følge Goffman (1986) hjelpe oss å definere en situasjon. Situasjonen inne på operasjonsstua, under selve operasjonen, opplever jeg er definert med alvor og stillhet. Denne definisjonen av situasjonen kan være både av hensyn til pasienten og medlemmene i det kirurgiske teamet. Goffman (1992) hevder at å definere situasjoner, eller rammer, inneholder moralske krav til de involverte gjennom å verdsette og behandle hverandre med den respekt de fortjener. Pasienten har krav på og forventning til å bli ivaretatt på en verdig måte mens han overlater hele sitt liv til det kirurgiske teamet. Kirurgen har rett til å bli respektert for behovet for konsentrasjon under operasjonen slik at han kan gjennomføre operasjonen på best mulig måte for pasienten. Og han konsentrerer seg best i stillhet uten forstyrrende bakgrunnsstøy. Operasjonssykepleierne har rett til å bli respektert og verdsatt for den jobben de gjør på lik linje med resten av det kirurgiske teamet. Respekt og verdighet kan oppnås ved å samarbeide om situasjonsdefinisjonen, slik at alle i det kirurgiske teamet opprettholder sine ansikter ved å unngå pinlige eller upassende situasjoner (Goffman, 1992). Ansikter skal da ikke forstås i bokstavelig forstand, men som en sosial og symbolsk verdi som en person knytter til seg selv (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 21). Goffman definerer interaksjon som ansikt til ansikt samhandling, gjennom den innflytelse personer har på hverandres handlinger når de befinner seg nær hverandre (Goffman, 1992, s. 22). Slik tolker jeg innflytelsen medlemmene i det kirurgiske teamet har for hverandre og for hvordan de sammen definerer situasjonen som alvorsfylt, og med stillhet som ramme.

Svebak (2000) understreker humorens viktige rolle for samspill mellom personalet og pasient, og personalet seg i mellom. Samtidig påpeker han nødvendigheten av empati og fortrolighet for når humor skal brukes. Hvis ikke empati og fortrolighet er til stede, kan humor oppfattes malplassert (ibid). Svebak fremhever i tillegg sosial intelligens som en viktig faktor når humor kan brukes. Han anvender Brown & Anthonys (1990) definisjon på sosial intelligens:

” Den sosiale intelligens er et sammensatt fenomen som omfatter både evne til å analysere sosiale situasjoner og evne til å oppføre seg på en måte som tar hensyn til de sosiale rettighetene og regler for takt og tone ” (Svebak, 2000, s. 173).

Slik jeg oppfatter sosial intelligens kan den tolkes som en evne til å forstå hvordan egen humor kan virke på andre. Evnen til å leve seg inn i andres situasjon er, i følge Svebak, basert på dialog som foregår ansikt til ansikt (ibid). Denne dialogen kan foregå mellom deltagerne i det kirurgiske teamet slik at alle tar hensyn til den rammen som gjelder, nettopp fordi de har

evnen til å leve seg inn i og forstå reglene som gjelder i forhold til takt og tone i en operasjonskontekst.

Definisjonen på sosial intelligens oppfatter jeg ikke ulik Goffmans definisjon på rammer, som jeg bruker videre i analysen som et perspektiv på begrepet grenser. Her i Hviid Jacobsen og Kristiansens danske oversettelse:

”Jeg antager, at definitioner af situationer er opbyggede i overensstemmelse med de organiseringsprincipper, der gælder for begivenheder - i det minste sociale begivenheder - og vores subjektive involvering i dem; ramme er det ord, jeg bruger til at referere til den type af grundlæggende elementer, som jeg er i stand til at identificere” (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 147).

Goffmans rammebegrep kan i følge forfatterne forstås slik at ved å ramme inn våre sosiale sanser, sette dem inn i en overordnet forståelsesramme, kan vi systematisere og ordne den sosiale verden (2002, s. 147). Rammer hjelper oss å definere situasjonen, som en forutsetning for å kunne forholde oss til den. Jeg velger å forstå humorens grenser som en overordnet ramme for når og hvor det er passende å kunne bruke humor i en operasjonsavdeling, og når det ikke er passende å bruke humor. Under selve operasjonen vil stillhet være en gjeldende ramme, eller en grense, hvor det vil oppfattes upassende å bruke humor.

Goffman (1992) beskriver hvordan noen mennesker har mer makt til å definere situasjoner enn andre. Dette kan bety at i visse situasjoner er man prisgitt rammer som er definert av andre med mer innflytelse (ibid). Som jeg nevnte i helhetsinntrykket, opplevde jeg at kirurgen kunne være den som ofte definerte situasjonen når han gjorde sin entré inne på operasjonsstua. Slik jeg forstår Goffmans rammebegrep, kan rammene variere flere ganger underveis i en situasjon. I en operasjonssituasjon endres rammene fra forberedelser til en operasjon, hvor det innenfor rammen å prate og le sammen og hvor det ikke legges så stor grad på lydnivået, til den radikale endringen av lydnivået under selve operasjonen. Her er rammen stillhet, eller fravær av lyder. Den gjeldende rammen fordrer en passende stillhet. En passende stillhet i situasjonen kan i følge påbudsregler, være å forstå som en moralsk forpliktelse og forventning til aktivt å bidra til å opprettholde den definerte situasjonen. Et brudd på denne rammen kan medføre irettesettende kommentarer, eller korrigerende blikk over munnsbindet, fra kirurger eller operasjonssykepleiere, til de som ikke følger den passende adferden den definerte rammen krever.

Når derimot operasjonene nærmer seg slutfasen og kirurgen begynner å lukke fascien, erfarer jeg som deltagende observatør at stemningen blant personalet løsner, og igjen endres rammen for passende adferd inne på stua. Lydbildet forandres, og igjen kan det summe av lyder, stemmer og latter.

Min erfaring under observasjonen var at kirurgen selv som oftest tok initiativ til samtale eller bruk av humor i denne fasen av operasjonene. Jeg tolker det derfor slik at kirurgene har mer makt til både å definere og endre rammene for de ulike situasjonene en operasjon omfatter. Rammer etableres hele tiden på nytt, likevel oppfatter jeg et visst mønster eller struktur når rammene endres under en operasjon.

#### **4.5.5.1 "Flooding out"**

Goffman har i sin drøfting av "flooding out" viet latteren en spesiell oppmerksomhet (Goffman, 1972, s. 54-57, Søbstad, 1995). Her viser Goffman til Freuds syn på latter hvor undertrykte krefter frigjøres gjennom humoren. En person kan "flyte ut" når en situasjon blir for sterk. Slik utflytende adferd kan blant annet preges av latter, gråt eller sinne, som et uttrykk for at en person settes ut av spill, slik en person som ikke lenger klarer holde på masken, og bryter ut i latter. Dette kan i følge Goffman skje i sammenhenger der regler for samkvem endres, eksempelvis på slutten av et møte hvor vitsing og latter ses på som et tegn på at møtedeltagernes oppdrag er over (ibid). På samme måte vurderer jeg endringen av rammen når operasjoner er i slutfasen. Operatøren tar ofte selv initiativ til å bruke humor eller åpne for at andre gjør det, som et budskap om at nå er faren eller krisen over for denne gang. Et eksempel kan være det jeg viste til i helhetsinntrykket, hvor kirurgen tok en benbit fra pasienten, og spurte om noen hadde hund. I flere timer hadde han konsentrert seg om en svært komplisert operasjon, og rammen for situasjonen endret seg ved hans utsagn. Å opprettholde en gjeldende ramme over tid, særlig "frontstage", må være anstrengende. Enkelte operasjoner pågår i flere timer i tillegg til at forberedelser og avslutning kan ta lang tid.

"Flooding out" kan muligens finne sted som en motreaksjon på alvoret i operasjonssituasjoner. Jeg tenker eksempelvis på skuddskaden. Under selve hendelsen opplevde jeg latteren grotesk. Det var galgenhumor, og på mange måter brøt utsagnet en grense slik jeg har forstått informantene, selv om det ikke var de som eksplisitt brøt grensen i denne aktuelle situasjonen. Samtidig var situasjonen så sterk, ja, kanskje for sterk for oss tilstedeværende i en situasjon som var umulig å ta innover oss der og da. Legens kommentar om tilgangen som var klar, kan tolkes som en "flooding out", altså som å bli satt ut av spill noen øyeblikk. Galgenhumoren i

situasjonen ga muligens et nødvendig pusterom for deltagerne i det kirurgiske teamet. Freud sier at galgenhumor dreier seg om hendeleser vi ikke kan forandre (Freud, 1994). Klein hevder at latter, omdirigerer oppmerksomheten vår for en liten stund (Klein, 1998, s. 16). Latteren kan gi oss en pause når ting er for vanskelig, selv når situasjonen er preget av sterk kontrast til hva vi vanligvis forbinder med humor (ibid).

Den ekstreme situasjonen vi hadde inne på operasjonsstua denne ettermiddagen, med en stor tragedie som bakgrunn, påvirket alle tilstedeværende på en sterk måte. Kommentaren fra legen kan ha bidratt til en opplevelse av samhold blant personalet i situasjonen, et samhold som muligens kunne gi et bedre samarbeid mellom medlemmene i det kirurgiske teamet i denne konkrete episoden. I følge Svebak (2000, s. 171) kan nettopp galgenhumor være med å øke samholdet i et team. Legens kommentar og den påfølgende latteren varte bare noen sekunder før alle jobbet intenst videre med å redde pasientens liv.

Robinson hevder at humor er et av livets største paradokser. Humor er morsomt, samtidig kan humor ha en terapeutisk funksjon (Robinson, 1991). I hendelsen om skuddskaden, oppfatter jeg at humorens terapeutiske funksjon trer inn. For situasjonen i seg selv er overhodet ikke morsom. Robinson hevder videre at helsepersonell, og særlig personalet i en operasjonsavdeling, står ansikt til ansikt med sykdom, lidelse, nådeløse akutte kriser, stress og motgang (Robinson, 1993). Hun mener helsepersonell "overlever" sin hverdag fordi vi som mennesker har innebygde mekanismer for homeostase, likevekt og balanse, blant annet gjennom humoristisk sans og humor (ibid). Robinson peker her på individers personlige egenskaper, som jeg i et interaksjonistisk perspektiv tolker, kommer til uttrykk gjennom personalets samhandlinger med hverandre. Humor finnes ikke kun i fraværet av sorg, tårer og kriser, men den finnes side ved side (Stølås, 2000, s. 67). Stølås forteller i sin bok "Humorens kunst" om hvordan Viktor Frankl benyttet humor sammen med en medfange da de satt i konsentrasjonsleir under 2. verdenskrig (ibid). Frankl hevdet de sammen brukte humor for å skape avstand i forhold til den situasjonen de var oppe i (Stølås, 2000, s. 68).

Refleksjoner i etterkant av episoden om skuddskaden har endret min forståelse av situasjonen. Min første reaksjon var at humor innenfor rammen, hvor situasjonen var definert som ekstremt vanskelig og alvorsfull, var svært upassende. Ulike teoretiske perspektiver har vist meg flere mulige måter å tolke og forstå situasjonen ut ifra. Hadde personalet fortsatt å bruke humor, ville endringen av rammen vært mer varig, og slik jeg tolker det, samtidig mer upassende. Humorinnspillet, som jeg blant annet forstår som en "flooding out" i Goffmans



(1972) perspektiv, varte bare noen sekunder, og den seriøse rammen i situasjonen fortsatte etter latteren. Det spesielle i situasjonen er at humoren ble brukt ”frontstage”. Det jeg vanligvis opplevde som deltagende observatør, var at den type humor ble mer brukt på vaktrommet av operasjonssykepleierne, altså ”backstage”. Samtidig undres jeg på hvordan situasjonen hadde vært hvis det var en operasjonssykepleier som hadde kommet med kommentaren, ville alle ledd da? Lo alle fordi det var en lege som brøt rammen? Er det slik at en lege har mer makt til å endre rammer, og kan bruke andre regler enn operasjonssykepleierne? Det kan se ut som operasjonssykepleierne forholder seg på en annen måte til humor enn kirurgene gjør.

#### **4.5.6 Det hellige selvet**

Jeg har tolket informantene slik at de ser på pasienten som hellig. Pasienten skal til en hver tid behandles med verdighet og respekt. Durkheim oppfattet menneskenes sjel, eller bevissthet, som en hellig ting (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 36). Goffman viderefører Durkheims oppfattelse av selvet som hellig gjennom sine studier og analyser av hverdagens samhandlinger (ibid). Gjennom samhandlinger kan vi unngå å krenke hverandres selv, som i siste instans kan forstås ved å unngå å krenke samfunnets moralske orden, som i følge Goffman er installert i hver og en av oss. Ved å behandle hverandre med respekt og verdighet kan vi beskytte hverandres selv (ibid).

Goffman karakteriserer altså selvet som noe hellig som skal beskyttes, og ikke krenkes (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 198). Han presenterer selvet slik at det på samme tid kan oppfattes både som hellig og skrøpelig, og som derfor må beskyttes gjennom spesielle måter å samhandle sosialt på (ibid). Gjennom samvær med andre, utsettes selvet imidlertid for ulike former for fare. Goffmans syn på det menneskelige selvet som skrøpelig, kan forstås ut ifra hans interesse for mennesker i utsatte posisjoner som særlig utsettes for kollaps og sammenbrudd (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 199). Goffman tenker i denne sammenheng spesielt på psykisk syke (ibid), men jeg ser også for meg en operasjonspasient i en sårbar situasjon, samt alle medlemmene i det kirurgiske teamet.

Den særegne stillheten jeg opplevde under operasjonene tolker jeg som en ramme, eller som et ritual som kan være med å opprettholde identitetene, og ivareta de hellige selvene både til deltagerne i det kirurgiske teamet og til pasienten (Album, 1996, s. 128). Et felles seremonielt samarbeid er nødvendig for å opprettholde selvene under en operasjon. Hvis selvene til deltagerne under en operasjon kan forstås som skjøre, og kan krenkes gjennom brudd på

ritualene, forstår jeg pasientenes selv som enda skjørere. En pasient i narkose, har ingen mulighet til å opprettholde eget selv. Det blir medlemmene av det kirurgiske teamets oppgave. Jeg tenker at pasientens selv kan krenkes gjennom å bryte rammene for passende oppførsel i situasjonen, eksempelvis ved å bruke upassende humor, galgenhumor, eller humor på bekostning av pasienten, inne på stua. Samtidig vil det være utfordrende å holde pasienten hellig hele tiden. Situasjoner skifter underveis, og det kan være vanskelig å være stille over lang tid. Å holde pasienten hellig, kan også handle om hvordan operasjonssykepleierne sammen med sine kolleger er med på å skape rammer som gir en relasjonell forståelse av situasjonen. Eksempelvis med stillhet som markør, for å minne hverandre om hvilken kontekst de er i, og hvilken viktig jobb de utfører for pasienten.

Deltagerne i det kirurgiske teamet har et moralsk ansvar for å opprettholde en situasjon preget av respekt og ærbødighet, både for pasientens og hverandres skjøre selv. Gjennom et perspektiv på selvene som hellige, og ritualer som kan være med å opprettholde selvenes hellighet, blir de ulike rammene og ritualene brukt i en operasjonsavdeling, rike på mening. På den måten kan ”stillhetens budskap” bidra til å opprettholde det hellige under en operasjon. En pasient skal ikke overhøre upassende humor mens han er på operasjonsstua. Og han skal heller ikke brukes som tema for humor. Dette oppfatter jeg som en hellig grense for bruk av humor.

## **4.6 Humorens mening og betydning for samhandling**

Mitt fokus har hele tiden vært operasjonssykepleiere som gruppe. Samtidig har jeg studert dem i deres relasjoner til de andre i det kirurgiske teamet. Mitt fokus har vært hvordan humor kommer til uttrykk gjennom samhandlinger, og ikke den enkeltes opplevelse av humorens mening og betydning. Min forståelse av begrepene mening og betydning, henter jeg fra et interaksjonistisk perspektiv. Mik-Meyer og Järvinen (2005, s. 11) fremhever at et interaksjonistisk perspektiv ikke søker etter en iboende mening og betydning i datamaterialet, men hvordan mening og betydning blir produsert i sosiale, konkrete og observerbare interaksjoner (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 18).

### **4.6.1 Humor som reparasjonsrituale**

Hverdagen, både i arbeidslivet og ellers, fremstår ikke uten videre som et trygt og uproblematisk sted (Kristiansen, 2005, s. 214). Det kan oppstå pinlige situasjoner, forlegenhet, krenkelser og kriser. Slike situasjoner kan ha behov for det Goffman kaller reparasjonsritualer

(ibid). Reparasjonsritualer forstås som prosedyrer og adferdssekvenser som er til hjelp for å gjenopprette eventuelle krenkede ansikter og situasjoner som helhet (ibid). Også operasjonsavdelinger har behov for reparasjonsritualer.

Episoden jeg nå skal vise til er fra observasjonsperioden. Jeg var på senvakt, og de to operasjonssykepleierne, Pelle og Aslaug, var allerede i gang med forberedelsene til operasjonen inne på stua. Mens de åpnet og la frem instrumenter, kom en mannlig kirurg inn. Uten innledning sa han høyt: ”Det er andre gang jeg har gitt beskjed om dette!”. Pelle himlet med øynene til meg, men han sa ingenting. Kirurgen fortsatte i en tone jeg oppfattet irritert: ”Jeg har sagt det tre ganger til dere operasjonssykepleiere!” Aslaug svarte: ”Ja, vi skal si i ifra til avdelingssykepleier.” Jeg opplevde situasjonen ubehagelig. Mer ble ikke sagt, og legen gikk ut igjen. Jeg forventet en reaksjon, men verken Pelle eller Aslaug kommenterte legen seg i mellom. Jeg tar med denne innledningen for å beskrive konteksten for resten av scenen. Min intensjon er ikke å tolke eller moralisere kirurgens utsagn, men fokusere på hvordan operasjonssykepleierne forholder seg i sine relasjoner til kirurgen.

Som et nytt scenebilde tok Aslaug et knivblad, som skulle plasseres på skalpellen, og viftet med mot Pelle, dog med et humoristisk glimt i øyet. Aslaug var iført steril frakk og hansker, og Pelle rygget tilbake slik at Aslaug ikke skulle gjøre seg usteril. Pelle hentet et nytt knivblad til Aslaug, og de smilte og lo. Den gode stemningen ble gjenopprettet etter at den for noen minutter siden hadde vært pinlig. La meg dvele litt ved denne scenen eller situasjonen. For å bruke Goffmans (1992) uttrykk, opplevde jeg at operasjonssykepleiernes ansikter ble krenket av legens uttalelser, situasjonen ble pinlig og ubehagelig for dem. Jeg velger å forstå deres manglende reaksjon på episoden som et uttrykk for ikke å gjøre situasjonen mer ubehagelig. Pasienten lå våken på operasjonsbordet, og det kan være medvirkende til at de ikke ga kommentarer der og da. Dessuten var jeg til stede som observatør med notatblokk, noe som også kan ha påvirket operasjonssykepleierne. Men først og fremst tolker jeg det slik at operasjonssykepleierne tar i bruk det Goffman kaller reparasjonsritualer (Kristiansen, 2005). Av og til kan det være tilstrekkelig å rette oppmerksomheten umerkelig mot noe annet for å reparere en pinlig situasjon. Slik jeg tolker det brukte Aslaug og Pelle humor som et rituale for å reparere en situasjon de opplevde ubehagelig.

Da operasjonen startet, snakket kirurgen fortsatt veldig høyt. Stillheten jeg vanligvis har observert som gjeldende ramme når operasjoner begynner, uteble denne gangen. Kirurgen var ikke fornøyd med instrumentene han hadde fått, og det ga han klart uttrykk for. Kirurgen fortalte med høy stemme at selv hans lille datter ville forstått hvordan instrumentene skulle kobles sammen. "Så enkelt er det", sa han. Som deltagende observatør opplevde jeg situasjonen nok en gang pinlig på operasjonssykepleiernes vegne. Aslaug, som sto sammen med kirurgen i feltet, lo kommentaren hans bort, neppe fordi hun syntes den var morsom.

Giles og Oxford har beskrevet syv ulike former for latter, og hvor det kun er én latter som har med humor å gjøre (Svebak, 2000, s. 28). Jeg vil tolke Aslaugs latter som ignoranslatter, som forfatterne mener har som mål å bagatellisere en situasjon eller brukes som et knep for å berge et truet selvilde (ibid). Aslaugs latter kan også tolkes som en avledningsmanøver, eller som et reparasjonsrituale, for å rette alles oppmerksomhet mot noe annet. Aslaug forsøkte å gjenopprette situasjonen, en situasjon som egentlig fordret stillhet. Kan det være slik at hvis Aslaug hadde tatt igjen med kirurgen i begge tilfellene, så ville den pinlige situasjonen blitt opprettholdt? I denne konteksten på operasjonssstua med en pasient i anestesi, hvor det først og fremst dreier seg om hans liv og helse, tar Aslaug på seg en rolle for å reparere en ubehagelig situasjon, samt deres krenkede ansikter, slik at operasjonen kan fortsette i en verdig ramme overfor pasienten. Gjennom det ville alles hellige selv ble ivaretatt. Hvorfor gjør hun det? Et mulig svar kan være at Aslaug implisitt i sin rolle som operasjonssykepleier uttrykker en tradisjon og verdier om hvordan hun som operasjonssykepleier bør oppføre seg både overfor kirurgen og overfor pasienten. Hun avverger en situasjon som kunne blitt mer pinlig, gjennom en måte å være på som jeg tolker grenseløs, og muligens selvutslettende, forstått ut ifra Martinsens barmhjertighetsideal; å være i en stadig bevegelse bort fra seg selv til den andre (Martinsen, 1991). I dette tilfellet kan den andre være både kirurg og pasient.

Som deltagende observatør opplevde jeg kirurgens uttalelser som en latterliggjøring av operasjonssykepleierne. Ikke bare av Aslaug og Pelle i situasjonen, men operasjonssykepleierne som gruppe. Legen sier: "Jeg sier det til **deres** operasjonssykepleiere!" Min tolkning er at han latterliggjør og harselerer med operasjonssykepleierne som gruppe ved å henvise til at selv hans lille datter ville forstå hvor enkelt det ville være å koble sammen instrumentene. Kirurgens uttalelse kan forstås som han minner operasjonssykepleierne på deres ulikhet fra ham ved å referere til sin datter. I følge Gullestad (1996, s. 30) betyr ofte ulikhet også

ulikeverd. Videre hevder hun at spenningen mellom likhet og forskjell også kan være et uttrykk for en spenning mellom likhet og en eller annen form for anseelse og prestisje (Gullestad, 1996, s. 194). Gjennom kirurgens måte å snakke til operasjonssykepleierne på, tolker jeg at han plasserer dem under seg i avdelingens hierarki, samtidig som han på mange måter bekrefter operasjonssykepleiernes assistanserolle til kirurgene som gruppe (Melby m.fl., 2000).

Som forsker erfarte jeg samtidig kontekstens sårbare definisjon av situasjonen. Aslaugs oppførsel kan også forstås som et forebyggende tiltak for å unngå en enda mer pinlig situasjon. Goffman (1992, s. 21) kaller forebyggende tiltak for en strategi og taktikk for å verne om situasjonens definisjon. Kirurgen var med sin oppførsel muligens i ferd med å gi situasjonen en karakter som Aslaug oppfattet som en ikke akseptert definisjon av situasjonen. For å redde deres krenkede ansikter satte hun i verk avvergende tiltak for å ivareta alle deltagernes hellige selv (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002).

Etter operasjonen konfronterte jeg Aslaug med kirurgens oppførsel. Hennes kommentar var at hun ikke brydde seg. Først da vi satt på vaktrommet, ”backstage”, kommenterte Aslaug og Pelle kirurgens oppførsel. De kalte han Petter’n. Jeg har observert at operasjonssykepleierne brukte etternavn på kirurgene når de tiltalte dem inne på operasjonsstua. Goffman hevder at i en kontekst som foregår bak kulissene, kan de som ikke er til stede bli omtalt med bare etternavn, eller fornavn, når en slik tiltale ikke er tillatt direkte overfor dem (Goffman, 1992, s. 145). Aslaug og Pelle lo mens de viftet med armene og demonstrerte hvordan det kirurgiske utstyret kunne kobles. ”Kanskje Petter’n ville hatt det sånn, eller var det sånn, kanskje?” Aslaug og Pelle lo fortrolig mens de parodierte kirurgen. Goffman påpeker at når medlemmer av et lag trekker seg bak kulissene, er det ikke uvanlig å snakke om andre på en måte de ikke ville gjort hvis de var i ansikt til ansikt situasjon med dem (1992, s. 143). Karikaturer, eller imitering kan være en måte å kritisere eller more seg over ikke tilstedeværende på (ibid). Gjennom en slags satire av kirurgen bak scenen, kompenserer operasjonssykepleierne for, eller reparerer det tap av selvrespekt de mest sannsynlig opplevde mens de var inne på operasjonsstua sammen med kirurgen. Samtidig opplever jeg at de underkommuniserer temaer som makt og krenkelse.

Gjennom å belyse episoden ut ifra Goffmans reparasjonsrituale, kan makt som begrep utydeliggjøres. Slik jeg har forstått Goffman er han ikke spesielt opptatt av makt i sine analyser. Samtidig viser han til lag eller team som er overordnet andre lag (Goffman, 1992, s. 88). Jeg tolker Aslaug og Pelles manglende reaksjon i situasjonen som en måte å opprettholde kirurgens makt i avdelingens hierarki. I følge Foucault, er ikke makt noe som ensidig bør plasseres hos en enkelt gruppe (Juritzen og Heggen, 2006, s. 69). Ved ikke å ta til motmæle, eller vise motmakt, så bekrefter samtidig operasjonssykepleierne i situasjonen kirurgens overlegenhet.

#### **4.6.2 Lek med roller**

Neste hendelse foregikk på samme senvakt som forrige eksempel. Operasjonssykepleiere bytter vanligvis på rollene som steril utøvende og koordinerende funksjon i løpet av en vakt. Denne gang var det Pelle som skulle ha steril utøvende funksjon. Operasjonen var en såkalt smitteoperasjon<sup>20</sup>, og Pelle hadde på seg ortopedihette<sup>21</sup> og vernebriller i tillegg til vanlig steril frakk for å beskytte seg mot smitte. Pelle organiserte utstyret med en trenet hånd. Han la instrumenter til rette med én hånd samtidig som han tok i mot utstyr med den andre hånden. Til slutt la han et sterilt laken over bordet med sterile instrumenter. Pasienten skulle legges over på et annet operasjonsbord etter han hadde fått narkose, derfor sto det et ekstra operasjonsbord inne på stua. Pelle så på meg i det han satte seg med steril frakk på det usterile operasjonsbordet. Deretter berørte han bevisst bordet med sine sterile hansker mens han hele tiden holdt blikket mitt. Min reaksjon uteble ikke. Jeg gispet høyt, og så både spørrende og forskrekket på han. Han hadde gjort seg usteril både på frakk og hansker. Han lo mot meg bak munnbindet, vel vitende om at det var akkurat slik jeg ville reagere. Så blunket han, og forsikret meg om at han skulle skifte etterpå, han skulle først være behjelpelig med å løfte pasienten over på det andre operasjonsbordet.

Å gjøre seg usteril i operasjonssykepleiernes steril utøvende rolle, kan oppfattes som et svært alvorlig brudd på hygieniske prinsipper og smittekjeden<sup>22</sup>. Et brudd som øyeblikkelig må rettes opp av hensyn til ikke å påføre pasienten infeksjoner gjennom usterilt utstyr. Det er

---

<sup>20</sup> Smitteoperasjon - pasienten kan ha ulike pågående infeksjoner som kan smitte via blod. Det må derfor igangsettes spesielle forholdsregler slik at ikke personale skal smittes. Operasjonsstuen må ryddes for unødvendig utstyr eller det må mest mulig tildekkes. Operasjonsstuen må desinfiseres etter operasjonen slik at ikke smitten overføres til neste pasient.

<sup>21</sup> Ortopedihette - en spesiell type hette som er svært tettsittende i tillegg til at den dekker halsen.

<sup>22</sup> Smittekjeden - smittekjeden omhandler hvordan smitte skjer. Den tar for seg smittestoffet, smitekilden, utgangsport for smitte, smittevei, inngangsport for smitte og smitemottaker (Hovig og Lystad, 2001).

legitimt for alle i det kirurgiske teamet å gjøre den som har gjort seg usteril oppmerksom på det. Som jeg nevnte i helhetsinnrykket, finnes synlige og usynlige grenser for det sterile og det usterile inne på en operasjonssstue. For meg ser det ut som operasjonssykepleiere utvikler en særegen kroppsbevissthet, en elegant måte å bevege seg på mellom grensene for sterilt og usterilt. En utenforstående inne på stua har ikke kunnskaper til å forstå grensene, og kan derfor uten vilje trække over dem. Reaksjonene uteblir ikke, og de er ikke alltid nådige. Som observatør kunne jeg se om en operasjonssykepleier var ny eller uerfaren ved måten de beveget seg på. Connerton hevder at kroppen har betydning i kunnskaps- og kulturproduksjon (Engelsrud, 2006, s. 11). Han hevder videre at særegne og ritualiserte bevegelsesmønstre er med på å skape fellesskap i situasjoner, samt å holde en tradisjon ved like (ibid). Jeg tenker at operasjonssykepleiere sosialiseres inn i avdelingens kultur og tradisjoner ved å bevege seg på en særegen måte når de er ikledd sterile frakker og hansker. Jeg observerte også at å verne om sterilt utstyr er en oppgave operasjonssykepleiere tar på alvor. En informant fortalte at flere kaller det å verne om sterilt utstyr for "operasjonssykepleierespirasjon". Det er å si "åååååhhhhhh" på innpust. Uttrykket må uttales med høy lyd, og virkningen er at alle som nærmer seg sterile områder raskt rygger unna.

#### **4.6.2.1 "Hemmelig forståelse"**

Som deltagende observatør på denne senvakten, opplevde jeg at Pelle utfordret meg og min kunnskap om operasjonssykepleiernes roller. I det han gjorde seg usteril slapp jeg forskerrollen, og operasjonssykepleieren i meg trådte inn med øyeblikkelig virkning. Min reaksjon viste at jeg kjenner godt de rammene som gjelder for en steril utøvende operasjonssykepleier. Samtidig tolket jeg Pelles opptreden som det Goffman (1992, s. 158) kaller en "hemmelig forståelse". Vanligvis skjer en "hemmelig forståelse" mellom deltagere i samme forestilling (ibid). Jeg var først og fremst tilskuer i situasjonen, samtidig som jeg var delvis deltagende, fordi jeg var behjelpelig med å åpne utstyr, og ga en hjelpende hånd der det var nødvendig. En "hemmelig forståelse" kan oppfattes som diskrete signaler som formidler viktige opplysninger som kan ha betydning for en vellykket opptreden (ibid). Signalene i Pelles opptreden, var muligens for å teste ut mine kunnskaper, eller å teste ut min reaksjon på hans åpenbare brudd av en definert rolle som steril utøvende operasjonssykepleier. Men aller mest tolker jeg Pelles opptreden som en lek med egen rolle, hvor han viser at han fullt ut mestrer sin sterile funksjon, og har den under full kontroll ved å leke med rollen. Goffman (1992, s. 159) hevder at en hemmelig kommunisering kan være en måte lagkamerater eller kolleger frigjør seg fra den innskrenkning en interaksjon påtvinger dem. Det kan være et

avvik som ikke publikum skal legge merke til, og den vil ikke endre det Goffman kaller status quo (ibid). Som forsker forstår jeg min rolle som tilskuer eller publikum til Pelle, samtidig som jeg kan oppfattes som en del av hans lag.

Interne hemmeligheter kan i følge Goffman (1992, s. 120) være med å markere hvem som tilhører en gruppe. Disse hemmelighetene behøver ikke ha stor strategisk betydning, men kan være med på å gi ikke-inkluderte en subjektiv følelse av distanse (ibid). Under feltstudiet samtalte jeg med flere studenter. De oppga at de ikke alltid følte seg inkludert i avdelingen, og at humoren som operasjonssykepleierne brukte kunne være med å ekskludere dem fra fellesskapet fordi de rett og slett ikke forsto humoren. Jeg kan forestille meg at en slik form for humor som Pelle uttrykte, ville en sykepleierstudent rimeligvis ikke oppfatte, rett og slett fordi vedkommende ikke ville ha kunnskaper om hva operasjonssykepleiernes sterile utøvende rolle innebærer. Slik jeg forstår begrepet ”hemmelig forståelse”, kan eksempelvis intern humor blant operasjonssykepleiere, være en ekskluderende faktor for nyansatte eller studenter. En student i operasjonssykepleie fortalte at de som studenter er innom flere ulike operasjonsavdelinger, og opplever å være langt nede på rangstigen i avdelingen. Samtidig opplevde de at den humoren operasjonssykepleiere bruker, ofte er mellom de som kjenner hverandre godt og har jobbet mye sammen. Min tolkning er at å forstå humoren som blir brukt blant operasjonssykepleiere, kan være en målestokk for om man inkluderes eller sosialiseres inn i miljøet.

#### **4.6.3 Humor som kollegastøtte**

Humor blant operasjonssykepleiere kan være vanskelig for andre utenfor konteksten å forstå. Svebak (2000, s. 166) minner på at humor er sterkt påvirket av kontekst, og at den også oppleves best i sin rette sammenheng. Utenforstående har ikke nødvendigvis kunnskap om operasjonssykepleiernes oppgaver, og vet ikke hvordan det er i en operasjonsavdeling. En informant fra intervjuene, som jeg her kaller Mari, fortalte at hun synes det var vanskelig å fortelle familien om den humoren som er på hennes jobb. Mari forteller:

”Nei, de kjenner ikke kompetansen og alt som skjer rundt. De har aldri vært med på noen operasjon, og for dem ville hele settingen vært så vond og full av spesielle opplevelser at de ikke ville kunne skjønne hvordan det går an å le, at du må være litt syk hvis du kan le av det.”

Mari opplevde å ikke kunne dele erfaringer om humor fra arbeidssituasjonen med familien sin. Hun er bekymret for at humoren kunne misforstås, og at familien kunne oppfatte humoren



som latterliggjøring av pasientene. Mari fortalte at for henne og kollegene hennes kunne humor anvendes som en kollegastøtte, eller som debrifing av en vanskelig episode før hun dro hjem til andre oppgaver. Jeg lar Mari selv få fortelle et eksempel om humor som hun valgte å dele med kollegene i stedet for familien:

”Jeg har et eksempel på dette med galgenhumor. Den er så rå, at det er nesten bare jeg som kan oppleve noe slikt. (Latter). Hvis du har sett på komifilmer med levering av hjerter, og så skvetter bare hjertet ut av fingrene og sånn, og det er jo skrekkelig morsomt. Jeg sto på en operasjon en dag, og så hadde jeg en med i feltet som gikk ”løs” for meg, og som var ganske ukjent, eller ny på seksjonen. Så jeg var litt opptatt av at hun skulle gjøre sine ting, og hun ba meg passe litt på seg. Jeg sto på hemiprotese<sup>23</sup>. Vi spurte på forhånd om vi skulle ”høste bein”<sup>24</sup>, og legen svarte ikke, han måtte se på beinet først. Dumme meg spurte tre ganger, og til slutt fikk jeg ja. Det var jo litt dumt av oss å spørre flere ganger, for det ga oss veldig mye ekstraarbeid... (Latter)... Hun som gikk ”løs” sa: ”Åh, hva gjør jeg nå?” ”Så gjør du sånn og så gjør du sånn”, sa jeg, og var veldig opptatt av hva **hun** skulle gjøre, mens jeg holdt hoftekula i venstre hånd. Legene sto på hver sin side og opererte, og jeg skulle da renske denne hoftekula for vev. Og så skvatt hoftekula ut av handa og operasjonssåret, og rett i dekinga mot pasientens hode, og svupp, så lå den i en sånn folde i dekinga. Så sa den ene kirurgen: ”Hva var det?” Så begynte alle å le, og jeg sa ”Det var bare caput<sup>25</sup>, men her er’n”. (Hun hermer etter Fleksnes i måten å snakke på). Så fikk jeg den tilbake. Jeg syntes dette var så fortvilende, etisk sett **helt** forferdelig, og faglig sett **helt** idiotisk, og så sto vi der på toppen av det hele og lo av det.”

La oss stoppe litt her før Mari får fortelle resten av historien sin. Mari beskrev episoden som galgenhumor. Robinson viser i sin bok “Humor and the Health Professions” til Obrdliks definisjon av galgenhumor fra 1942: “... to ridicule with irony, invectives, and sarcasm in order to become a means of an effective social control” (Robinson, 1991, s. 87). Slik jeg forstår definisjonen kan galgenhumor brukes til å ta kontroll over situasjonen ved å vise at det går an å le, tross alt. På en måte blir bekymringene vendt utover i stedet for innover. En tolkning som leder til Freud (1994) som hevder at humor tjener som formål til å gi fortrenkte følelser og tanker luft. Humor kan i følge Freud oppfattes som et tegn på at vi har en psykisk sikkerhetsventil som fungerer. Videre hevder Freud at humor kan hjelpe oss å takle stress og frustrasjoner (ibid). Slik jeg forstår Mari står hun i en svært stressende situasjon, hvor hennes oppmerksomhet kreves fra flere hold. Ved å bruke galgenhumor viser Mari at hun har evnen til å heve seg over situasjonen og betrakte den fra en annen synsvinkel. Hun forteller videre:

---

<sup>23</sup> Hemiprotese - sammensatt hofteprotese i én del, som består av en metallkopp mot hofteleddskålen, og et kuleledd i protesen hvor en del av bevegelsen foregår.

<sup>24</sup> ”Høste bein” - vil si å ta vare på hoftekula slik at den kan brukes senere. Spesielle prosedyrer må følges.

<sup>25</sup> Caput - lårbenets hode, på latin; caput femoris (Kåss og Marthilm, 1998).

”Pasienten ligger og slumrer og sover, jeg tror ikke han fikk med seg noe som helst, men om han skulle hatt fått det med seg, så hadde det vært helt grusomt. Vi ler og kniser resten av operasjonstida, uten å prøve å dempe oss, og de doktorene, de prøver å trøste meg, for jeg syntes det var forferdelig. Så kommer galgenhumoren. Det er når vi er ferdige med operasjonen, og vi har kjørt pasienten bort fra stua til overvåkinga. Vi setter oss på vaktrommet og har pause sammen med tre - fire andre. Jeg mener selv jeg har en evne til å ikke kunne ta meg så inderlig høytidelig, og ser at kan dette skje meg, da kan det også skje andre. Jeg sier på pauserommet: ”Har dere hørt maken til årets tabbe?” Og forteller dette her. Vi ler alle sammen, og begynner å assosiere videre om hva som kunne stå i avisa dagen etter hvis denne hoftekula hadde smelt inn i hodet på pasienten, ja, og vi greier å se humoristisk på det. Og **det** er galgenhumor.”

Mari er først og fremst bekymret for at pasienten skal ha overhørt hennes kommentar og alles latter som de ikke klarte å stanse. Dette skjedde i en fase av operasjonen hvor det vanligvis råder stillhet. Å bruke humor i denne fasen av operasjonen kan forstås som å tøyse grenser slik jeg diskuterte i forrige kapittel om humorens grenser og rammer. I denne situasjonen kan det forstås som det var kirurgene som forsøkte å reparere situasjonen ved å forsøke å trøste Mari, fordi hennes opptreden hadde vært med på å bryte rammen i situasjonen. Episoden skjedde mens Mari og hennes kolleger er ”frontstage” eller på fasadeområdet. På fasadeområdet forventes en overveiende formell tone (Goffman, 1992, s. 108). Det er på fasadeområdet den konkrete opptredenen finner sted, og rollene spilles samtidig som de justeres til de normer som gjelder (Kristiansen, 2005, s. 203). Rammen forplikter deltagerne til en bestemt oppførsel (ibid). Den rammen jeg vanligvis har observert er stillhet mens selve operasjonen foregår. Det var som oftest kirurgene som ga signaler om hvilken ramme som skulle gjelde, og det var også de som ga signaler når rammen eventuelt igjen kunne endres, eksempelvis når operasjonen gikk over i avslutningsfasen. Goffman snakker om ”flooding out” som et uttrykk som kan forstås som når en situasjon blir for sterk og man ikke klarer å fylle sin sosiale rolle i samspillet (Goffman, 1972, s. 56-57). Slik Mari forteller historien kan det se ut som situasjonen ”flyter ut”, og at ingen makter å beholde masken, men lar latteren få smitte og drar de andre med seg ut av en ”seriøs” ramme (Søbstad, 1995, s. 45).

Etter operasjonen viste Mari at hun brukte selvironi på vaktrommet som et slags verktøy ved å le av seg selv før kollegene gjorde det. Dette kunne lett blitt en historie andre kunne moret seg over på hennes bekostning. Men ved å komme de andre i forkjøpet, tok Mari brodden av det hele. Gjennom selvironien, og ved ikke å ta seg selv så høytidelig, viste hun trygghet i rollen som operasjonssykepleier. Hennes intensjon med å fortelle episoden var flertydig. Hun hadde behov for å diskutere hendelsen og bearbeide den, samtidig kunne historien føre til å bygge relasjon mellom henne som en erfaren operasjonssykepleier og andre som ikke var så erfarne,

eksempelvis den nye operasjonssykepleieren hun fortalte om. Mari sa at episoden kunne ha skjedd hvem som helst, samtidig opplevde hun en fortvilelse over det inntrufne. Hun fortalte at hendelsen godt kunne ha gitt en opplevelse av nederlag som hun ville opplevd sårende hvis noen hadde brukt episoden mot henne. Mari valgte å ta regien i egen hånd, og brukte selvironi sammen med kolleger på vaktrommet, bak kulissene, for blant annet å bearbeide episoden. Mari fortalte at denne historien nok kunne blitt misforstått av andre som ikke jobber i operasjonsavdelingen, fordi konteksten ikke ville blitt forstått. Derfor kan vaktrommet, eller det å være bak scenen, ha stor betydning for å kunne bearbeide en vanskelig hendelse. Samtidig benyttet kollegene seg av å fantasere om hva som kunne ha skjedd, på en humoristisk måte.

Paul Mc Ghees definisjon på humor viser til de kognitive, eller erkjennelsesmessige aspektene ved humor: ” Humor er den mentale erfaringen av å oppdage og verdsette lattervekkende, absurde og inkongruente idéer, hendelser eller situasjoner ” (Søbstad, 1995, s. 22). Mari og hennes kolleger var i stand til å oppdage den absurde humoren de hadde vært en del av. Svebak hevder at humor også er tankens lek (Svebak, 2000, s. 94). Mari og hennes kolleger anvendte nettopp tankens lek ved å fantasere om hva som kunne ha skjedd, og ikke minst hvilke overskrifter det ville gi avisene muligheter til å boltre seg i, hvis pasienten hadde blitt skadet av sin egen hoftekule mens han ble operert.

Goffman hevder at kolleger kan gi hverandre kollegial solidaritetsstøtte fordi de blant annet har innsikt i hverandres arbeidsoppgaver (Goffman, 1992, s. 134). Gjennom å utføre samme rutiner, får de innsikt og innblikk i andre kollegers vanskeligheter. De kan skjule ting for publikum, men ikke for hverandre. Kolleger kan holde en fasade som de ikke behøver å skjule seg i mellom (ibid). Ved hjelp av kollegene kunne Mari legge episoden bak seg før hun dro hjem, selv om hun hevdet at hun alltid ville huske det som skjedde. Hvis andre hadde brukt historien mot henne, sa hun at hun ville oppleve det som latterliggjøring av henne som operasjonssykepleier. Ved å bruke selvironi i det hun delte historien med kollegene, opplevde hun deres støtte også som en omsorg for seg.

Latterlige og pinlige episoder skjer alle i arbeidslivet, så vel erfarne som uerfarne (Robinson, 1993, s. 8). Robinson hevder i sin artikkel ”The Purpose and Function of Humor in operating room Nursing” at det å le av seg selv sannsynligvis er den mest terapeutiske bruk av humor i slike situasjoner (ibid). Mari benyttet seg av selvironi, og lo av sin egen flause. I følge Svebak har også selvironi en grense (Svebak, 2000, s. 62). Han hevder at selvironi erkjenner egne feil

og mangler, i motsetning til skadefryd som er å le av andres svakheter og fiasko, noe som kunne skjedd i denne episoden. Svebak uttaler at mange mener selvironi er den største sansen for humor, til og med større enn evnen til å gi uttrykk for vennlig humor i samspill med andre (ibid). Likevel advarer Svebak mot å tøyne grensene for selvironi for langt. Han påstår grensen handler om evnen til å ta vare på egen integritet og ikke bagatellisere egne svakheter gjennom humor (Svebak, 2000, s. 125). Jeg opplever ikke Maris bruk av selvironi som bagatellisering av egen tabbe. Tabben var hun smertelig klar over, og opplevde den som et nederlag faglig sett. Men når uhellet først var ute og fadesen et faktum, brukte hun humor som en metode for å få kontroll over situasjonen, både under operasjonen og på vaktrommet etterpå.

Forskning har kartlagt kjønnsforskjeller i forbindelse med humor (Johnsen, 2002, s. 64). Søbstad (1995) hevder det er mer karakteristisk for kvinner enn for menn å bruke selvironi. Hertzberg Johnsen sier at kvinner gjerne forteller historier om egne flauter (Johnsen, 2002). Et interessant spørsmål er om en mannlig operasjonssykepleier, eller for den saks skyld en mannlig kirurg, ville fortalt om egne flauter gjennom selvironi på vaktrommet etterpå?

#### **4.6.4 Operasjonssykepleierne ”akutt-tralle”**

En informant fra intervjuene, som jeg her kaller Randi, beskriver en hendelse fra praksis. Randi og hennes operasjonssykepleierkollega opplevde gjentatte ganger at en kirurg gjorde det vanskelig for alle i det kirurgiske teamet ved å oppføre seg på en måte operasjonssykepleierne oppfattet ufyselig, for å bruke Randis uttrykk. Randi forteller:

”... legens kommentarer gikk på hele teamet den gangen, så det var aldri noe vi tenkte på å ta opp. Vi følte vel at det ikke var noen vits, vi hadde vel ikke kommet noen vei...”

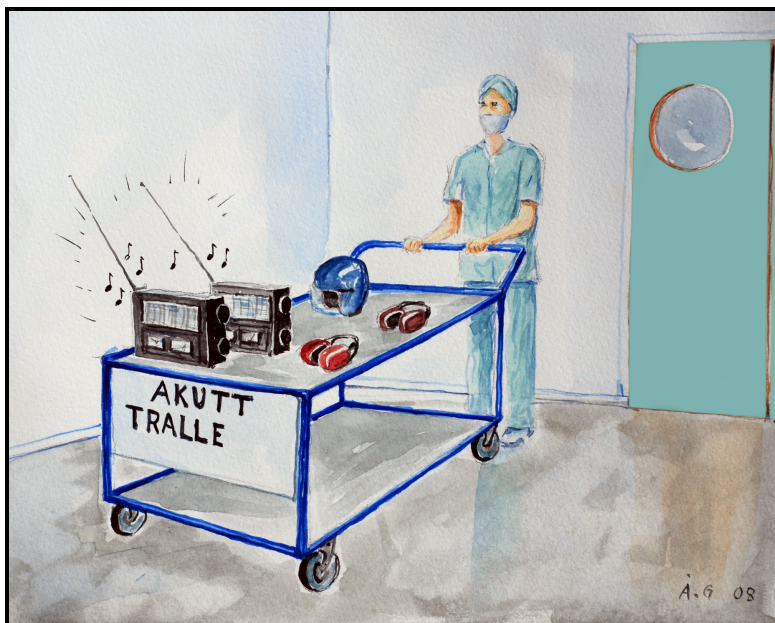
Jeg tolker det hun sier som at de opplevde avmakt i situasjonen. Randi fortalte at de tok legens oppførsel som et uttrykk for hans stress i en presset situasjon. Deretter beskrev hun hvordan de på vaktrommet i etterkant bearbeidet situasjonen med humor. Der diskuterte operasjonssykepleierne løsninger, eller strategier for å kunne overleve og takle situasjonen de hadde opplevd ubehagelig.

I operasjonsavdelinger finnes såkalte akutt-traller med utstyr til kritiske situasjoner som kan oppstå, eksempelvis akutt-tralle for blant annet keisersnitt, tracheostomi<sup>26</sup> og store akutte

---

<sup>26</sup> Tracheostomi - kirurgisk inngrep som innebærer at man lager et hull i luftrøret (trachea) på halsens forside like nedenfor strupehodet, dels ved åndedrettshindring i og overfor strupehodet, og dels ved langvarig behandling med respirator (Kåss og Marthilm, 1998).

blødninger. Randi og hennes kollega brukte fantasien for å skape en imaginær akutt-tralle tilpasset utstyr til deres behov hvis de skulle havne i en tilsvarende situasjon igjen. Neste gang denne kirurgen eventuelt ville gjøre det ubehagelig under en operasjon, kunne de rope: "Hent inn akutt-tralla!" Tralla skulle være utstyrt med diverse radioer, hørselsvern, og store hjelmer som de kunne ha på hodet for å beskytte seg mot legens høyrøstede prat. Utrustet med slikt sikkerhetsutstyr mente Randi de ville signalisere: "Jeg hører ikke bråket ditt, jeg!"



*Operasjonssykepleiernes "akutt-tralle"*

Ved å leke med tanker så de for seg en scene hvor de hadde hovedrollene og regien. I den forestillingen var det **de** som definerte rammene. Ved å forestille seg selv i hovedrollene, utkledd i et kostyme med hjelmer, øreklokker og radioer som spilte høy musikk, lo de hjertelig ved tanken, vel vitende om at en slik opptreden ville de aldri utføre i virkeligheten. Forestillingen med operasjonssykepleiernes "akutt-tralle", er en scene Randi og hennes kollega stadig morer seg over, som en "hemmelig forståelse" dem imellom (Goffman, 1992). Operasjonssykepleiernes "akutt-tralle" kan oppfattes som et hemmelig våpen dem imellom, som en humoristisk tankeflukt for å overleve i ubehagelige situasjoner hvor de - av hensyn til pasienten - ikke opplevde å ha mulighet til å reagere mens operasjonen pågikk. Dette som en motmakt til den avmakt de opplevde i situasjonen.

Operasjonssykepleiernes måte å reagere på kan også oppfattes som en kollegastøtte dem i mellom. Robinson fremhever humorens unike funksjoner, blant annet som en mestringsstrategi for helsepersonell ved ytre og indre stress (Robinson, 1991, s. 50). Freud peker på at humor kan gi fortrenge følelser og tanker luft slik at de ikke hopper seg opp til en smerte som igjen kan føre til angst (Thielst, 1995, s. 66, Freud, 1994). Ut ifra denne forståelsen kan operasjonssykepleiernes humor i dette tilfellet oppfattes som tegn på at de har en fungerende psykisk sikkerhetsventil. Randi og hennes kollega brukte humor som en forsvarmekanisme, slik Freud ville sagt (ibid). Eller forstått i et Goffmansk perspektiv, som et reparasjonsrituale (Goffman, 1992). På samme måte som Pelle og Aslaug brukte humor på vaktrommet, brukte Randi og hennes kollega humor ”backstage”, eller bak scenen, som en måte å kompensere for det tapet av selvrespekt de opplevde i en ubehagelig situasjon (ibid).

Randi og hennes kollegas lek med tankene om ”akutt-tralla” er morsom. Samtidig opplever jeg at episoden har flere budskap som ikke umiddelbart kan avdekkes. For meg forteller operasjonssykepleiernes behov for egen ”akutt-tralle” også om et hierarki som fortsatt finnes i operasjonsavdelinger. De har vært med på en hendelse som gjentar seg fra tid til annen, og som de opplever at de har behov for å bearbeide. Men, hvilke alternativer har de? Både Randi og hennes kollega var tydeligvis enige om at det ikke var ramme for, eller passende å ta til motmæle mot kirurgen inne på stua. Og hvorfor det?

West og Zimmerman hevder at for å oppnå sosial aksept er vi bundet til å etterleve kjønn forstått ut ifra kulturelle påbud (Solbrække og Aarseth, 2006, s. 70). På denne måten kan mellommenneskelige relasjoner bidra til å legitimere og opprettholde kjønnsrelasjoner i samfunnet (ibid). Hvis Randi og hennes kollega hadde tatt felles opplevelse opp med kirurgen, ville det være å bryte et kulturelt påbud som gjelder i operasjonsavdelingen? Et annet spørsmål er om det er ønskelig å opprettholde tradisjoner som er med på å stadfeste et hierarki og et maktforhold mellom operasjonssykepleiere og kirurger? Ved å bruke Goffmans teatermetafor, å se for seg operasjonsstua som en scene, ”frontstage”, og vaktrommet som ”bakstage”, er det lettere å oppdage hvor grensene for bruk av humor går.

Operasjonssykepleierne, både fra intervjuene og observasjonen, beskriver hvordan de reparerer vanskelige situasjoner ”backstage”, uten kirurgen til stede. Hva hvis det ikke fantes mulighet til et ”backstage”, hvor kunne de da kompensere for tapt anseelse, reparere og avreagere? Jeg undres om det ville kunne oppstå flere konfronterende episoder, eller opptredener inne på operasjonsstua, ”frontstage”, hvis muligheten til et ”backstage” ikke

eksisterte? Ville eksempelvis grensene for humor tøyes eller brytes oftere ”frontstage”, fordi det ville være vanskelig å opprettholde rammer der operasjonssykepleierne opplever å bli krenket? Samtidig fikk jeg en aha-opplevelse mens jeg observerte, der jeg opplevde stillheten under operasjonene som en verdig ramme for å ivareta situasjoner definert med stort alvor, som omfatter mer enn de tilstedeværende. Jeg vil si at min opplevelse av stillhetens budskap viste meg en hellig ramme jeg har forståelse for at operasjonssykepleierne er med på å opprettholde av respekt for pasienten. Et brudd på stillheten som ramme under kompliserte operasjoner ville for meg som deltagende observatør oppleves som krenkende i situasjonen. Robinson hevder at ved bruk av humor inne på operasjonsstua, finnes det en linje som ikke skal krysses, eller grense som skal brytes (Robinson, 1993, s. 11). Hun viser til undersøkelser der pasienter i anestesi kan oppfatte det som blir sagt inne på stua, og feiltolke latter og kommentarer og føle seg forsømt (ibid). Det Robinson beskriver kalles awareness<sup>27</sup> (Hagen, 2002).

I et Goffmansk perspektiv, kan de ansikt til ansikt situasjonene som oppstår under operasjonene, og som skal bevares og beskyttes, forstås som et overordnet og samlende begrep for hvordan orden og struktur defineres (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2004, s. 18). Tør jeg likevel stille et spørsmål om operasjonssykepleierne kan dekke seg bak en manglende reaksjon i ubehagelige situasjoner ut ifra ønsket om å ivareta pasientens hellige selv?

Jeg oppfatter operasjonsavdelingen som en lukket verden bak de stengte dørene med store skilt som varsler adgang forbudt. Samtidig har jeg gjennom arbeidet med oppgaven avslørt at det finnes flere ”lukkede” verdener innenfor det som utad kan fremstå som én verden. Innenfor hver stue i en operasjonsavdeling, på vaktrommet, i korridoren avdekkes flere små verdener som kan ha ulike rammer for opptredener, og hvor humorens betydning og mening skapes på ulike måter gjennom operasjonssykepleiernes samhandling.

---

<sup>27</sup> Awareness kan forstås som en utilsiktet våkenhet som en følge av utilstrekkelig anestesi. Pasienten kan oppfatte noe av det som foregår og hjernen kan lagre disse sansepåvirkningene. Forekomsten av awareness ligger på 0,2 – 0,7 % (Hagen, 2002).

## 5. Oppsummering og tanker videre

Avslutningsvis vil jeg knytte noen tråder. Gjennom et feltarbeid, bestående av observasjoner og intervjuer, har jeg forsøkt å belyse oppgavens problemstilling: *”Hvordan uttrykkes og gis humor mening gjennom operasjonssykepleieres samhandling?”* Min erfaring er at observasjon og intervjuer har gitt ulike typer av data. Jeg mener i tillegg at kombinasjonen av disse metodene har gitt meg som forsker muligheter til å validere egne tolkninger. Intervjusubjektene gjorde meg for eksempel oppmerksom på humorens grenser, mens jeg ved å være deltagende observatør fikk anledning til blant annet å vurdere det som ble sagt om humorens grenser opp mot det jeg observerte ved å være til stede i situasjonene.

Ved hjelp av Goffmans begreper og metaforer, kombinert med deltagende observasjon, opplevde jeg å komme tett inn på en forståelse av hvordan operasjonssykepleierne uttrykker humor når de samhandler med hverandre, og de andre i det kirurgiske teamet. Goffmans begreper om ”frontstage” og ”backstage” har vært med på å synliggjøre ulike regler og rammer for passende adferd og opptredener, og gjennom det, grenser for bruk av humor. Slik jeg har tolket det empiriske materialet, fremstår ”frontstage”, eller i denne konteksten, operasjonsstua, som et sceneområde med strengere regler og rammer for bruk av humor enn på vaktrommet, ”backstage”. Ja, jeg vil si at grensene kan oppfattes mer hellige inne på operasjonsstua enn på vaktrommet.

Analysefasen, som i følge Haavind (2000, s. 35) kan beskrives som en skiftevis søken både ”på langs” og ”på tvers”, og gjennom mentale ”bevegelser” rundt i datamaterialet, har jeg særlig blitt oppmerksom på hvordan humor blant operasjonssykepleiere er sammenvevet med kjønn og makt. Operasjonssykepleieres humor kan forstås som en måte å møte og håndtere makt på, som ofte uttrykker seg som et forhold mellom kjønn som er ulikt posisjonert i avdelingens hierarki. Å ha med blick for kjønn og makt har vært utfordrende fordi, jeg som lærer representerer og som operasjonssykepleier, har vært en del av de tradisjonene jeg som forsker har studert.

Tittelen *”Humorens ansikt bak munnbind og hette”* ønsker å tydeliggjøre humorens tvetydigheter som ikke umiddelbart fremtrer klart og tydelig. Humoren var ikke vanskelig å oppdage da jeg observerte, men det utfordrende har vært å forstå og tolke humorens mening og betydning slik den skapes og produseres gjennom operasjonssykepleieres samhandling, og gjennom deres relasjoner til de andre i det kirurgiske teamet.



Goffmans teatermetafor ledet meg til musikalen ”The Phantom of the Opera”, som inspirerte til tittelen for helhetsinntrykket; ”The Phantom of the Operating Theatre”. På en tvetydig måte fremstår ”the Phantom” i musikalen både tiltrekkende og frastøtende. ”The Phantom” appellerer til noe vi muligens ikke er klar over. Kan ”the Phantom” forstås som en metafor for de tradisjoner, metarammer og regler en operasjonsavdeling uartikulert bærer med seg? Ikke som entydig negativt, men mer som et usynlig spøkelse som iscenesettes og visualiseres gjennom sprekker som kommer til syne i hvordan regler overholdes og praktiseres avhengig av rammer, og i tradisjoner i forhold til kjønn, makt og hierarki?

Operasjonssykepleieres tildekkede ansikter med munnbind kan forstås som et symbol på en maske. Hos Goffman forstås selvet som den masken individer bærer i sosiale situasjoner (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 193). Samtidig hevder han at det er mennesket bak masken som avgjør hvilken maske som skal bæres. I følge Hviid Jacobsen og Sørensen kan Goffmans undersøkelser av selvet minne om en skrekk hvor man aldri når inn til sakens kjerne, men kun til masken bak masken (ibid).



*”Masken bak munnbindet”*

Goffmans selv kan ikke oppfattes som en fast størrelse, men noe som skapes i samhandling med andre. Han hevder at det er gjennom det sosiale møte, eller gjennom ansikt til ansikt samhandlinger, at selvet skal opprettholdes og respekteres av andre og forsvares mot krenkelser som det kan utsettes for (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 197). Kanskje går det an å tenke at den masken operasjonssykepleierne bærer, kan være det selvet som skapes

mens de spiller ut sin rolle som operasjonssykepleiere? Selv om vi avdekker eller fjerner munnbindet, her forstått symbolsk, så finner vi enda en maske under.

”Humorens ansikt bak munnbind og hette” leder meg til det Goffmanske selv, som kan forstås som en maske og et resultat av omgivelsene det opptrer i (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 193). På samme måte kan operasjonssykepleieres humor uttrykkes gjennom de roller de spiller, ut ifra operasjonsavdelingene og samfunnets tradisjoner og forventninger, og som jeg gjennom oppgaven, kun har hatt muligheter til å vise frem enkelte scenebilder fra.

Jeg opplever i dag å sitte igjen med flere problemstillinger enn jeg var i stand til å se da jeg startet prosjektet. Det kjennes inspirerende. En problemstilling jeg kunne tenke meg å studere nærmere er: hva hvis det ikke fantes mulighet til et ”backstage” i operasjonsavdelingene? Det kunne være interessant å undersøke en dagkirurgisk avdeling der vaktrommet deles av flere yrkesgrupper på en annen måte enn operasjonsavdelingen jeg observerte. I tillegg er pasientene oftere våkne under operasjonen, noe som ville gi andre regler og rammer for samhandlinger, og eksempelvis humor.

Å være deltagende observatør var en spennende metode å bruke som forsker. I metodekapittelet beskriver jeg ulike forskerroller jeg anvendte, deriblant egen lærerrolle. Denne rollen kjente jeg meg trygg i, mens jeg i starten av observasjonen følte meg usikker i forskerrollen. Refleksjoner av forskerrollen har vært med på å gi meg flere aha-opplevelser av egen lærerrolle. Opplevelsen jeg har kalt ”Stillhetens budskap” har gjort meg oppmerksom på at jeg i lærerrollen nok har vært med å uroe og forstyrre konsentrasjonen og stillheten under operasjonene, som jeg gjennom feltstudiet forsto som en gjeldende ramme. Denne erfaringen fordrer at jeg i fremtiden endrer min praksis som lærer når jeg er til stede i operasjonsavdelinger sammen med studenter i operasjonssykepleie.

Lærerrollen innenfor videreutdanning i operasjonssykepleie har de siste årene endret seg som et resultat av at utdanningen, som tidligere var sykehusintern, nå er overflyttet til høyskolene. Lærerrollen kunne tidligere oppfattes som å være en ekspert i praksis, mens den nå fremstår mer som en veiledende rolle for studenter. Ved å løfte frem det hverdagslige og trivielle som skjer i en operasjonsavdeling, med humor som innfallsvinkel, har jeg fått ny innsikt i hvordan humor er sammenvevet med kjønn og makt. Dette er perspektiver jeg ønsker å ta med meg i undervisning av studenter i operasjonssykepleie når jeg nå legger bort forskerrollen, og fortsetter i lærerrollen.

## Litteraturliste

- Album, D. (1996) *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo, Tano.
- Auflem, O. A. (2007) *The Old Operating Theatre Museum* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.dinlondonguide.no> [lest 16.11.2007]
- Bakken, R. (2001) *Modermordet. Om sykepleie, kjønn og kultur*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Bondevik, H. & Rustad, L. (2006) Humanvitenskapelig kjønnsforskning. I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*, red.: Lorentzen, J. & Mühleisen, W., s. 43-57. Oslo, Universitetsforlaget.
- Borchgrevink, T. & Melhuus, M. (1984) Husarbeid. Tidsbinding av kvinner. I: *Myk start - hard landing*, red.: Rudie, I., s. 319-338. Oslo, Universitetsforlaget.
- Christensen (2005) *På den grønne green* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://golf.no/article1057890> [lest 28.11.2007]
- Christensen, K. (2003) De stille stemmer - om kjønnsrelatert magt i offentlige omsorgstjenester. I: *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*, red.: Isaksen, L. W., s. 22-48. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Christie, W. (2004) The Impact of Humor on Patient`s With Canser. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9, 2, s. 211-218.
- Danielsen, K. (1993) Livshistoriens hvite flekker. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 4, s. 333-360.
- Douglas, M. (1997) *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo, Pax Forlag.
- Ehn, B. & Löfgren, O. (1982) *Kulturanalys. Ett etnologiskt perspektiv*. Lund, Liber Förlag.
- Engelsrud, G. (1998) "Kroppen som kunnskap og mulighet". I: *Kroppstanker. Kropp - kjønn - idéhistorie*, red.: Skårderud, F. & Isdahl, P. J., s. 247-268. Oslo, Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. (2006) *Hva er kropp*. Oslo, Universitetsforlaget. (Hva er; 15)
- Fangen, K. (2004) *Deltagende observasjon*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Finstad, A. & Valeberg, B. T. (2002) Preoperativ informasjon og vurdering. I: *Anestesisykepleie*, red.: Hovind, I. L., s. 53-64. Oslo, Akribe.
- Forskningsetiske komitéer (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06> [lest 26.mai 2006]
- Freud, S. (1994) *Vitsen og dens forhold til det ubevisste*. Oslo, Pax. (Pax palimpsest; nr 4)
- Goffman, E. (1969) *The presentation of self in everyday life*. London, Penguin.

- Goffman, E. (1972) *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. Middlesex, England, Penguins Books Ltd.
- Goffman, E. (1982) *Interaction ritual essays on face-to-face behavior*. New York, Pantheon Books.
- Goffman, E. (1986) *Frame analysis an essay on the organization of experience*. Boston, Northeastern University Press.
- Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatikk*. Oslo, Pax.
- Gullestad, M. (1996) *Hverdagsfilosofier verdier, selyforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Oslo, Universitetsforlaget. (Ledelse, organisasjon, styring)
- Hagen, O. (2002) Forebygging og behandling av anestesirelaterte komplikasjoner. I: *Anestesisykepleie*, red.: Hovind, I. L., s. 444-472. Oslo, Akribes forlag.
- Hartman, H. (1987) The Family as the Locus of Gender, Class, and Political Struggle: The Example of Housework. I: *Feminism and methodology*, red.: Harding, S., s. 109 - 134. Indiana, Indiana University Press.
- Heggen, K. (1995) *Sykehuset som "klasserom" - praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo, Universitetsforlaget. (Pedagogisk forskning 6)
- Heggen, K. & Fjell, T. I. (1998) "Etnografi". I: *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*, red.: Lorensen, M., s. 66-90. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hem, M. H. (2008) *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. Oslo, Universitetet i Oslo Det medisinske fakultet. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin.
- Hovig, B. & Lystad, A. (2001) *Infeksjonssykdommer. Epidemiologi, mikrobiologi og smittevern*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (2002) *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (2004) Innledning: Social samhandling og mikrosociologi. I: *Erving Goffman. Social samhandling og mikrosociologi. En tekstsamling*, red., s. 7-32. København, Hans Reitzels Forlag.
- Høgskolen i Vestfold (2008) *Fagplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://hive.no/helsefag> [lest 1.2.2008]
- Høiland, M. (1996) *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere.
- Haavind, H. (2000) *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo, Gyldendal akademisk.

- Jansen, T. (2006) Tillit, redelighet og kvalitet i forskning. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 126, nr.4.
- Johnsen, B. H. (1997) *Hva ler vi av? Om nordmenns forhold til humor*. Oslo, Pax.
- Johnsen, B. H. (2002) Hvem ler av hva? Om humorens form, innhold og kontekst. I: *Humor og helse - i teori og praksis, bok 1*, red.: Tyrdal, S., s. 45-76. Oslo, Kommuneforlaget.
- Juritzen, T. I. & Heggen, K. (2006) Omsorgsmakt. Relasjonære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36, 3, s. 61-80.
- Klein, A. (1998) *The Courage to Laugh. Humor, Hope and Healing in the Face of Death and Dying*. New York, Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Kristiansen, S. (2005) Erving Goffman - hverdagslivets rollespill. I: *Hverdagslivet - sociologier om det upåagtede*, red.: Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S., s. 194-220. København, Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kåss, E. & Marthilm, G. (1998) *Medisinsk ordbok*. 5. utg. Oslo, Kunnskapsforlaget.
- Lie, M. (2006) Kjønn og teknologi. I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*, red.: Lorentzen, J. & Mühleisen, W., s. 249-255. Oslo, Universitetsforlaget.
- Lindwall, L. & Post, I. v. (2000) *Perioperativ vård den perioperativa vårdprocessen*. Lund, Studentlitteratur.
- Loraas, L.-M. E. (2008) Overblikk. *Fagtidsskrift for operasjonssykepleiere*, 27, 1, s. 1-31.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 2 utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1991) *Omsorg Sykepleie og Medisin*. Oslo, Tano.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Oslo, Fagbokforlaget.
- McEwen, D. R., Rothrock, J. C. & Alexander, E. L. (2007) *Alexander's care of the patient in surgery*. 13th utg. St. Louis, Mo., Mosby Elsevier.
- Melby, K., Bentsborg, L., Larsen, R. & Norsk sykepleierforbund (2000) *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. 2 utg. Oslo, Norsk sykepleierforbund og Cappelen forlag.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005) *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Nyheim Solbrække, K. (2006) Kjønn og arbeid. I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*, red.: Lorentzen, J. & Mühleisen, W., s. 177-184. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ohlsson, M. (2003) *Språkbruk, skämt och kön. Teoretiska modeller och sociolingvistiska tillämpningar*. Uppsala, Institutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet. (Skrifter utgivna av Institutionen för nordiska språk vid Uppsala universitet 61)

- Olsson, H., Backe, H., Sörensen, S. & Koch, M. (2001) Humour: A matter of culture - Qualitative study of non-Nordic nurses in Sweden. *Vård i Norden*, 21, 1, s. 49-53.
- Pettersen, T. (2006) Omsorg som etisk teori. *Norsk Filosofisk tidsskrift*, 41, 2, s. 151 - 162.
- Robinson, V. M. (1991) *Humor and the health professions. The therapeutic use of humor in health care*. 2nd utg. Thorofare, N.J., Slack.
- Robinson, V. M. (1993) The Purpose and Function of Humor in OR Nursing. *Today's OR Nurse*, 15(6), s. 7-12.
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2000) *Medisinsk etikk, en problembasert tilnærming*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Sandmo, E. (1999) Michel Foucault som maktteoretiker. I: *Om makt. Teori og kritikk*, red.: Engelstad, F., s. 79-95. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Shakespeare, W. (2008) *All the world's a stage (from As You like it 2/7)* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.enotes.com/shakespeare> [lest 3.4.2008]
- Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Aschehoug.
- Snerte, K. & Arntzen, A. (2007) *Eventyr, tårer og latter. Historia om Arthur Arntzen*. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Solbrække, K. N. & Aarseth, H. (2006) Samfunnsvitenskapens forståelser av kjønn. I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*, red.: Lorentzen, J. & Mühleisen, W., s. 63-76. Oslo, Universitetsforlaget.
- Solvoll, B.-A., Engelsrud, G. & Heggen, K. (2005) Forskererfaringer og refleksjon. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2, 7, s. 3-14.
- Stølås, A. (2000) *Humorens kunst*. Oslo, Genesis.
- Svebak, S. (2000) *Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Svebak, S., Kristoffersen, B. & Aasarød, K. (2006) Sense of humor and survival among county cohort of patients with end-stage renal failure: A two-year prospective study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(3), s. 269-281.
- Søbstad, F. (1995) *Humor i pedagogisk arbeid*. Oslo, TANO.
- Thielst, P. (1995) *Latterens lyst. Bidrag til latterens filosofi og psykologi*. 2 utg. Frederiksberg, Det Lille Forlag. (Redaktion Filosofi)
- Tveit, B. (2008) *Ny ungdom i gammelt yrke. En studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning*. Oslo, Høgskolen i Oslo. (Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo)

- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. 1. desember 2005 med hjemmel i lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://Sykepleierforbundet.no> [lest 30.01.2008]
- Valeberg, B. T. (2002) Pasienter i generell anestesi. I: *Anestesisykepleiere*, red.: Hovig, B., s. 72-79. Oslo, Akribes.
- Vike, H., Bakken, R., Kroken, R., Brinchmann, A. & Haukelien, H. (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal akademisk. (Makt- og demokratiutredningen 1998-2003)
- Øgrey, T., Sandersen, V.-A., Bäckstrøm, G. & Loraas, L. M. E. (2005) *NSFLOS myndighetsområde og funksjonsansvar*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/article> [lest 20.11.2007]
- Åstedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T. & Kervinen, U. (2001) Importance of humour to client-nurse relationships and client's well-being. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7:119-125.



## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv**

Kjære kollega!

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og holder på med master i helsefagvitenskap. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg samle inn datamateriale ved din operasjonsavdeling.

Ved siden av masterstudiet jobber jeg som lærer i operasjonssykepleie på Høgskolen i Vestfold. Temaet for min masteroppgave er humorens kompleksitet og potensiale i operasjonsavdelingen. Spørsmål jeg ønsker å belyse i oppgaven er blant annet hvordan kultur, samhandling og kommunikasjon i en operasjonsavdeling kan være med på å forme utviklingen av humor blant operasjonssykepleiere.

Mitt prosjekt er en kvalitativ observasjonsstudie. Observasjon som metode vil også innebære samtaler og intervjuer med dem jeg observerer. Ved intervju ønsker jeg å bruke diktafon slik at det som sies blir korrekt gjengitt. Jeg vil understreke at alle data som samles inn blir anonymisert og konfidensielt behandlet, og forskningsetiske retningslinjer vil bli fulgt. Det er frivillig å delta, og du står til en hver tid fritt i å trekke deg fra prosjektet. Jeg kommer til å være til stede på din avdeling cirka tre til fire dager i uken over en periode på fire til seks uker. Mitt ønske er å kunne følge operasjonssykepleiere på vakter, noe jeg tror kan bli spennende, da min erfaring er at en operasjonsavdeling er ganske annerledes på kveld og natt enn på dagtid.

Min veileder under oppgaveskrivingen vil være universitetslektor Elisabeth Fransson, ansatt ved Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, seksjon helsefag.

Jeg håper du stiller deg positiv til å delta.

Ta gjerne kontakt hvis du lurer på noe, enten på mobil 99 00 05 90, eller på mail; [aj@hive.no](mailto:aj@hive.no).

Vear, 20/2 2007

Med vennlig hilsen

Anne Jølstad  
Bruaåsen 6,  
3173 Vear

Masterstudent ved Universitetet i Oslo





**Vedlegg 2:**

**Samtykkeerklæring om deltagelse i studien:  
"Humor i operasjonssykepleien"**

Som deltager i prosjektet er jeg gjort kjent med hva deltagelsen innebærer. Jeg er inneforstått med at deltagelsen er frivillig, og at jeg kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn. Jeg har fått klar informasjon om at dataene som blir samlet inn vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Forsker har taushetsplikt og etiske retningslinjer vil bli fulgt.

Jeg sier meg villig til å være med på prosjektet.

Dato.....

Signatur.....

Telefonnummer.....